



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Médicas

International Master in Mental Health Policy and Services

**TÍTULO: ESTIGMA E PERCEPÇÕES DOS MÉDICOS DE CLÍNICA
GERAL SOBRE A DOENÇA MENTAL E SUICÍDIO**

ESTUDANTE: Rómulo Muthemba

SUPERVISOR: Professor Doutor José Miguel Caldas de Almeida

Universidade Nova de Lisboa

2015

Resumo

INTRODUÇÃO: A OMS (2001) revela que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais em todo o mundo, mas apenas uma pequena minoria tem tratamento, ainda que elementar. Transformam-se em vítimas por causa da sua doença e convertem-se em alvos de estigma e discriminação. O suicídio é considerado como um grande problema de saúde pública em todo o mundo, é uma das principais causas de morte de jovens adultos e situa-se entre as três maiores causas de morte na população entre 15-34 anos (OMS, 2001). As perturbações mentais aumentam o risco de suicídio. A depressão, esquizofrenia, e a utilização de substâncias incrementam o risco de suicídio. Estudos (Sartorius, 2002; Magliano et al., 2012) mostram que os profissionais de saúde, tal como o público em geral, podem ter atitudes negativas e estigma em relação às pessoas com perturbações mentais, podendo agir em conformidade, uma vez feito e conhecido o diagnóstico psiquiátrico. Os clínicos gerais são os receptores das perturbações mentais e tentativas de suicídio nas principais portas de entrada no acesso a cuidados de saúde. As crenças, conhecimentos e contacto com a doença mental e o suicídio, podem influenciar a atenção clínica. **OBJECTIVOS:** Avaliar o estigma e as percepções dos médicos de clínica geral em relação às tentativas de suicídio, o suicídio e perturbações mentais bem como os possíveis factores associados a estes fenómenos. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo do tipo transversal, combinando métodos quantitativos e qualitativos. A amostra é constituída por 125 sujeitos, médicos de clínica geral. Utilizaram-se as versões adaptadas dos seguintes instrumentos: Questionário sobre Percepções e Estigma em Relação à Saúde Mental e ao Suicídio (Liz Macmin e SOQ, Domino, 2005) e a Escala de Atitudes sobre a Doença Mental (Amanha Hahn, 2002). Para o tratamento estatístico dos dados usou-se a estatística 1) descritiva e 2) Análise estatística das hipóteses formuladas (Qui Quadrado - χ^2) a correlação entre variáveis (Spearman: ρ , rho). Os dados conectados foram limpos de inconsistências com base no pacote informático e estatístico SPSS versão 20. Para a aferição da consistência interna foi usado o teste de Alfa de Cronbach. **RESULTADOS:** Uma boa parte da amostra (46.4%) refere que não teve formação formal ou informal em saúde mental e (69.35%) rejeitam a ideia de que *“grupos profissionais como médicos, dentistas e psicólogos são mais susceptíveis a cometer o suicídio”*. Já (28.0%) têm uma perspectiva pessimista quanto a possibilidade de recuperação total dos sujeitos com perturbação mental. Sessenta e oito (54.4%) associa

sujeitos com perturbação mental, a comportamentos estranhos e imprevisíveis, 115 (92.0%) a um baixo QI e 35 (26.7%) a poderem ser violentas e perigosas. Os dados mostram uma associação estatisticamente significativa ($p=0.001$) entre as variáveis: tempo de serviço no SNS, recear estar perto de sujeitos com doença mental e achar que os sujeitos com doença mental são mais perigosos que outros. Em termos estatísticos, existe uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($X^2=9,522$; $p>0.05$): percepção de que “*é vergonhoso ter uma doença mental*” e os conhecimentos em relação à doença mental. Existe uma correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa entre os conhecimentos dos clínicos gerais (beneficiar-se de formação em saúde mental) e a percepção sobre os factores de risco ($\delta=0,187$; $P=0,039$). **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:** A falta de conhecimento sobre as causas e factores de risco para os comportamentos suicidários, opções de intervenção e tratamento, particularmente no âmbito da doença mental, podem limitar a procura de ajuda individual ou dos próximos. Percepções negativas como o facto de *não merecerem prioridade nos serviços*, mitos (frágeis e cobarde, sempre impulsivo, chamadas de atenção, problemas espirituais) podem constituir-se como um indicador de que os clínicos gerais podem sofrer do mesmo sistema de estigma e crenças, de que sofre o público em geral, podendo agir em conformidade (atitudes de afastamento e receio). As atitudes são influenciadas por factores como a formação, cultura e sistema de crenças. Sujeitos com boa formação na área da saúde mental têm uma percepção positiva e optimista sobre os factores de risco e uma atitude positiva em relação aos sujeitos com doença mental e comportamentos suicidários.

Palavras-chave: Estigma, percepções, atitudes, conhecimentos, doença mental, suicídio, clínicos gerais.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The WHO (2001) reveals that about 450 million people suffer from mental or behavioral disorders worldwide, but only a small minority have access to treatment, though elementary. They become victims because of their disease and they become the targets of stigma and discrimination. Suicide is seen as a major public health problem worldwide, is a leading cause of death for young adults and is included among the three major causes of death in the population aged 15-34 years (WHO, 2001). Mental disorders increase the risk of suicide. Depression, schizophrenia, and the substances misuse increase the risk of suicide. Studies (Sartorius, 2002; Magliano et al, 2012) show that health professionals, such as the general public, may have negative attitudes and stigma towards people with mental disorders, and can act accordingly after psychiatric diagnosis is known. General practitioners are the main entry points of mental disorders and suicide attempts in the health system. Beliefs, knowledge and contact with mental illness and suicide, may influence clinical care. **OBJECTIVES:** To assess stigma and perceptions of general practitioners in relation to suicide attempts, suicide and mental disorders as well as possible factors associated with these phenomena. **MATERIAL AND METHODS:** This was a descriptive cross-sectional study, combining quantitative and qualitative methods. The sample consisted of 125 subjects, general practitioners. We used adapted versions of the following instruments: Questionnaire of Perceptions and Stigma in Relation to Mental Health and Suicide (Liz Macmin and SOQ, Domino, 2005) and the Scale of Attitudes on Mental Illness (Tomorrow Hahn, 2002). For the statistical treatment of the data we used: 1) descriptive (Data distribution by absolute and relative frequencies for each of the variables under study (including mean and standard deviation measures of central tendency and deviation), 2) statistical analysis of hypotheses using (Chi Square - χ^2 , a hypothesis test that is intended to find a value of dispersion for two nominal variables, evaluating the association between qualitative variables) and the correlation between variables (Spearman ρ , rho), a measure of non-parametric correlation, which evaluates an arbitrary monotonic function can be the description of the relationship between two variables, without making any assumptions about the frequency distribution of the variables). For statistical analysis of the correlations were eliminated subjects who did not respond to questions. The collected data were cleaned for inconsistencies based on computer and statistical package SPSS version 20. To measure the internal consistency was used the Cronbach's alpha test.

RESULTS: A significant part of the sample 64 (46.4%) reported no formal or informal training in mental health and 86 (69.35%) reject the idea that "professional groups such as doctors, dentists and psychologists are more likely to commit suicide." On the other hand, 42 (28.0%) have a pessimistic view of the possibility of full recovery of individuals with mental disorder. Sixty-eight (54.4 %) of them associates subjects with mental disorder to strange and unpredictable behavior, 115 (92.0 %), to low IQ, 35 (26.7 %) and even to violent and dangerous behavior, 78 (62.4 %)

The data show a statistically significant ($p = 0.001$) relationship between the following variables: length of service in the NHS, fear of being close to individuals with mental illness and considering individuals with mental illness more dangerous than others. In statistical terms, there is a dependency between the two variables ($X^2 = 9.522$, $p > 0.05$): the perception that "it is shameful to have a mental illness" and knowledge regarding mental illness. There is a positive and statistically significant weak correlation between knowledge of general practitioners (benefit from mental health training) and the perception of the risk factors ($\delta=0,187$; $P=0,039$). **DISCUSSION AND CONCLUSIONS:** The lack of knowledge about the causes and risk factors for suicidal behavior, intervention and treatment, particularly in the context of mental illness options, may decrease seeking for help by individual and their relatives. Negative perceptions such as considering that they don't deserve priority in services, myths (weak and cowards, always impulsive, seeking for attentions, spiritual problems) may indicate that general practitioners, may suffer the same stigma and beliefs systems as the general public, and can act accordingly (withdrawal and fear attitudes). Attitudes are influenced by factors such as education, culture and belief system. Subjects with good training in mental health have a positive and optimistic perception of the risk factors and a positive attitude towards individuals with mental illness and suicidal behaviour.

KEYWORDS: Stigma, perceptions, attitudes, knowledge, mental illness, suicide, general practitioners.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La OMS (2001) revela que cerca de 450 millones de personas sufren de trastornos mentales o del comportamiento en el mundo, pero sólo una pequeña minoría tiene tratamiento, aunque elemental. Se convierten en víctimas a causa de su enfermedad y se convierten en el blanco de la estigmatización y la discriminación. El suicidio es visto como un importante problema de salud pública en todo el mundo, es la principal causa de muerte entre los adultos jóvenes y se encuentra entre las tres principales causas de muerte en la población de 15-34 años (OMS, 2001). Los trastornos mentales aumentan el riesgo de suicidio. La depresión, la esquizofrenia, y el uso de sustancias aumentan el riesgo de suicidio. Estudios (Sartorius, 2002; Magliano et al, 2012) que muestran que los profesionales de la salud, como el público en general, pueden tener actitudes negativas y estigma hacia las personas con trastornos mentales, y pueden actuar en consecuencia una vez hecho y conocido el diagnóstico psiquiátrico. Los médicos generales son los principales puntos de entrada de los disturbios e intentos mentales y suicidio. Las creencias, los conocimientos y el contacto con la enfermedad mental y el suicidio, pueden influir en la atención clínica. **OBJETIVOS:** Evaluar el estigma y la percepción de los médicos generales en relación con los intentos de suicidio, el suicidio y los trastornos mentales, así como posibles factores asociados a estos fenómenos. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal que combina métodos cuantitativos y cualitativos. La muestra estuvo constituida por 125 sujetos, médicos generales. Fue utilizado en el estudio, las versiones adaptadas de los siguientes instrumentos: Cuestionario de Percepción y estigma en relación con la salud mental y suicidio (Liz Macmin y SOQ, Domino, 2005) y la Escala de Actitudes en la enfermedad mental (Mañana Hahn, 2002). Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó estadística descriptiva univariante de porcentajes relativos y absolutos, incluidas las medidas de tendencia central (media y desviación estándar) y el análisis estadístico de hipótesis utilizando la evidencia de la relación de independencia (Chi Square - χ^2) y c) la correlación entre las variables (Spearman - ρ , rho), utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20. **RESULTADOS:** Una buena parte de la muestra de 64 (46,4%) manifestaron no tuvo entrenamiento formal o informal en la salud mental y 86 (69.35%) de distancia de la idea de que "los grupos de profesionales, como médicos, dentistas y psicólogos son más propensos a cometer suicidio." Ya 42 (28,0%) tienen una visión pesimista de la posibilidad de una recuperación total de las personas con trastorno mental. Alrededor del 68 (54.4%) relacionan el el doente mental con el comportamiento extraño e impredecible , 115

(92,0%), con el bajo coeficiente intelectual de 35 (26,7%) e incluso con lo comportamiento violento y peligroso 78 (62,4%). Los datos muestran una relación estadísticamente significativa ($p = 0,001$) entre las variables: tiempo de servicio en el NHS, el miedo de estar cerca de las personas con enfermedad mental y encontrar que las personas con enfermedades mentales son más peligrosos que otros. En términos estadísticos, existe una dependencia entre las dos variables ($X^2 = 9,522$, $p > 0:05$): la percepción de que "es vergonzoso tener una enfermedad mental" y conocimientos sobre la enfermedad mental. Existe una correlación positiva y estadísticamente significativa débil entre el conocimiento de los médicos generales (se benefician de la formación en salud mental) y la percepción de los factores de riesgo ($\delta=0,187$; $P=0,039$). **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** La falta de conocimiento sobre las causas y los factores de riesgo de comportamiento suicida, intervención y tratamiento, sobre todo en el contexto de las opciones de las enfermedades mentales, pueden reducir la demanda de ayuda individual o de la siguiente. Las percepciones negativas como el hecho de que ellos no merecen prioridad en los servicios, los mitos (débiles y cobardes, siempre impulsivo, precauciones, espiritáis problemas) pueden constituirse como un indicador de que los médicos generales, puede sufrir los mismos sistemas de estigma y creencias como el público en general, y pueden actuar en consecuencia (actitudes de la abstinencia, el miedo. actitudes están influenciados por factores tales como la educación, la cultura y sistema de creencias. los sujetos con un buen contacto y la formación con la salud mental tienen una percepción positivo y optimista sobre los factores de riesgo y una buena actitud hacia las personas con enfermedad mental y conduta suicida.

PALABRAS CLAVE: Estigma, percepciones, actitudes, conocimientos, enfermedad mental, suicidio, los médicos generales.

Dedicatória

ESTE TRABALHO É DEDICADO:

À MEMÓRIA DOS MEUS PAIS: MILAGRE MATEUS MUTHEMBA E MARGARIDA BONÍFÁCIO JANE, MINHAS REFERÊNCIAS FIRMES E ETERNAS...

À MEMÓRIA DO MEU IRMÃO MUNDO; SEMPRE PRESENTE NO MEU E NOSSOS CORAÇÕES E VIVÊNCIAS...

A COREY, KISSANGE, KENANY E KIANGA; O MEU MUNDO DE AFECTOS E DE VIDA...

A MINHA FAMÍLIA, AMIGOS, COLEGAS; PELA POSSIBILIDADE QUE ME DÃO DE AMPLIAR VIVÊNCIAS NO DIA A DIA...

AOS CLÍNICOS GERAIS QUE PARTICIPARAM NO ESTUDO;

AOS SUJEITOS QUE SOFREM POR CAUSA DO SUICÍDIO, PERTURBAÇÕES MENTAIS E O ESTIGMA.

Agradecimentos

Só conseguiria ser fiel ao meu coração, escrevendo os meus agradecimentos ao longo da mesma quantidade de páginas contidas nesta dissertação. Não sendo possível, procurei eleger alguns representantes que poderão honrar as inesgotáveis contribuições e ensinamentos que fui absorvendo ao longo desta caminhada.

Agradeço à minha família, pelo apoio incondicional durante este longo percurso;

Aos meus colegas do CEPAP e do Departamento de Saúde Mental do MISAU, pelas experiências partilhadas e que me ajudaram a pensar sempre melhor na Saúde Mental da População Moçambicana;

Ao Professor Doutor José Miguel Caldas de Almeida, que com sabedoria me ajudou a olhar a Saúde Mental numa diferente e transformadora perspectiva;

A toda a equipa de docentes e funcionários da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Professores convidados que se dedicaram de forma irrepreensível, transformando as sessões residenciais em eventos únicos e memoráveis;

A todos os meus colegas do mestrado, que através de uma constante troca de ideias e experiências, estimularam a minha paixão pelo “mundo” da saúde mental;

Ao Professor Doutor Hachimo Chagane, pelo apoio e orientação incondicional no tratamento dos dados estatísticos para a dissertação;

Aos colegas Flávio Mandlate e Palmira Santos, pelo apoio na realização do trabalho;

À Dra Lúcia Gouveia, pela cumplicidade e apoio incondicional nesta caminhada...

Aos meus estudantes, pacientes e a todos aqueles com quem me cruzei nesta empreitada, os meus sinceros agradecimentos.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	Revisão Teórica	18
2.1.1	SUICÍDIO E TENTATIVAS DE SUICÍDIO.....	25
2.1.2	ESTIGMA.....	45
2.1.3	SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	64
3	ESTUDO ORIGINAL.....	73
3.1	Justificativa.....	73
3.2.	Objectivos.....	79
4	HIPÓTESES	80
5	MATERIAIS E MÉTODOS	81
5.1	Tipo de Estudo.....	81
5.2	População e Amostra	81
5.2.1	Procedimentos de Selecção da Amostra.....	81
5.3	Local de Realização do Estudo	82
5.4	Instrumentos De Pesquisa.....	82
5.5	Definição Operacional das Variáveis.....	86
5.6	Procedimentos	87
5.6.1	Procedimentos e Considerações Éticas.....	87
5.6.2	Procedimentos De Adaptação, Tradução E Retro-Tradução.....	88
5.7	Análise Dos Dados	89
6.	RESULTADOS	91
6.1	Caracterização da amostra.....	91

6.2	Identificação das experiências profissionais dos médicos em relação a saúde mental e suicídio.....	92
6.3	Avaliação das percepções dos médicos em relação ao suicídio e as tentativas de suicídio	94
6.4	Avaliação do estigma em relação ao suicídio e as tentativas de suicídio entre os médicos	98
6.5	Avaliação das atitudes dos médicos em relação as perturbações mentais e ao suicídio	98
6.6	Análise da relação entre variáveis.....	104
7.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	115
7.1.	Estigma em Relação ao Suicídio e as Tentativas de Suicídio Entre os Médicos de Clínica Geral em Moçambique	115
7.2.	Conhecimentos e Experiências dos Médicos de Clínica Geral em Moçambique em Relação ao Suicídio e as Tentativas de Suicídio	119
7.3.	Atitudes dos Médicos de Clínica Geral em Moçambique em Relação as Perturbações Mentais e ao Suicídio	123
7.4.	Percepções dos Médicos de Clínica Geral em Moçambique em Relação as Perturbações Mentais	125
7.5.	Conhecimentos dos médicos de clínica geral em Moçambique em relação as perturbações mentais	128
7.6.	Estigma em Relação com as Perturbações Mentais Entre os Médicos de Clínica Geral em Moçambique	128
7.7.	Percepções dos Médicos de Clínica Geral em Moçambique em Relação as Perturbações Mentais	130
7.8.	Relação entre as variáveis.....	131
8.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	131
9.	CONCLUSÕES.....	132
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
11.	ANEXOS	146

1. INTRODUÇÃO

A OMS (2001) revela que, hoje em dia, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais em todo o mundo, mas apenas uma pequena minoria tem tratamento, ainda que elementar. Nos países em desenvolvimento, é deixada à maioria das pessoas com perturbações mentais graves a tarefa de resolverem, como puderem, os seus problemas de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias.

Em termos globais, transformam-se em vítimas por causa da sua doença e convertem-se em alvos de estigma e discriminação. Embora os problemas de saúde mental correspondam a 12% do peso mundial de doenças, os orçamentos destinados à saúde mental representam, na maioria dos países, menos de 1% dos seus gastos totais com a saúde (OMS, 2001).

Em Moçambique, embora não existam dados fidedignos relativos ao valor total gasto em saúde mental a nível nacional, as actividades do Programa Nacional de Saúde Mental são integradas no orçamento geral para a saúde e estima-se que a percentagem direccionada para esta área específica é inferior a 1% do orçamento da saúde (Santos et al., 2012), o que testemunha o facto de existir uma desproporção significativa entre a dimensão do problema e as verbas afectadas.

A nível mundial, os planos de saúde, frequentemente, não abordam as perturbações mentais e comportamentais ao mesmo nível das demais doenças, criando significativos problemas económicos para os doentes e suas famílias. Assim, o sofrimento continua e há um exacerbar dos problemas (OMS, 2011).

A OMS (2001) alerta para o facto de a depressão grave constituir-se actualmente como a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupar o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, a nível mundial. Se as projecções estiverem correctas, caberá à depressão, nos próximos 20 anos, a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas de doenças no mundo.

Em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem de dependência do álcool. Cerca de 50 milhões têm epilepsia; outros 24 milhões, esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem anualmente suicídio. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se (OMS, 2001).

Santos et al. (2012) já avançam que, em Moçambique, a realidade actual clama por reformas profundas voltadas para uma intervenção mais humanizada e com enfoque nos cuidados primários e uma necessidade urgente de se realizarem pesquisas e levantamentos epidemiológicos que possam servir de suporte para a advocacia em saúde mental com vista a melhoria dos cuidados a prestar aos pacientes e comunidade. É nesse contexto que o presente estudo é realizado.

No Serviço Nacional de Saúde (Sector Público) existem apenas 5.07 médicos para cada 100.000 habitantes, existindo 1.224 unidades sanitárias (postos e centros de saúde) com ou sem médico nos cuidados de saúde primários.

Embora existam poucos estudos sistematizados, há o de Vikram Patel (2007) que demonstram a existência e prevalência de Transtornos Mentais Severos em comunidades urbanas e rurais no Sul e Norte de Moçambique, e igualmente evidenciam uma forte ligação com a medicina tradicional. Em cerca de 3/4 de todos os casos das patologias mais diagnosticadas: psicoses em adultos (4.4% na zona rural versus 1.6% na cidade); deficiência mental (1.9% versus 1.3%); e distúrbios convulsivos (4.0% versus 1.6%), as famílias haviam consultado um médico tradicional. Cerca de metade das pessoas com esses transtornos em áreas rurais foram classificadas como estando em más condições de saúde.

Santos et al., (2012) também evidenciam a alta prevalência de Perturbações Mentais e do Comportamento, testemunhada pelos principais diagnósticos de admissão nos internamentos psiquiátricos de base comunitária, nomeadamente a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (54%), os transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoactivas (9%) e os transtornos do humor ou afectivos (9%), a epilepsia e os transtornos mentais orgânicos (27% dos casos).

Das doenças mentais mais diagnosticadas no ano de 2012 (Relatório do DSM, 2013) a Epilepsia (15.627) ocupa um lugar de destaque, seguida pela esquizofrenia

(4.838), o uso de substâncias (2.593), os transtornos orgânicos (2044), as neuroses (2.025), os transtornos afectivos (1.165), a deficiência mental (654) e as tentativas de suicídio (129).

O suicídio é considerado como um grande problema de saúde pública em todo o mundo, é uma das principais causas de morte de jovens adultos e situa-se entre as três maiores causas de morte na população entre 15-34 anos (OMS, 2001). Suicidam-se diariamente em todo o mundo cerca de 300 pessoas – uma em cada 40 segundos e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio (WHO, 2008, p.12). O número anual de suicídios ronda actualmente o milhão, ou seja, metade de todas as mortes violentas registadas no mundo, estimando-se que, em 2020, esse número atinja 1,5 milhões (WHO & IASP, 2012). Ainda segundo a WHO & IASP (2012) os custos económicos associados ao suicídio são da ordem dos biliões de euros.

Veiga e Saraiva (2003) avançam com alguns indicadores que na sua óptica, justificam amplamente a inclusão do suicídio no leque dos problemas sociais e das mais importantes questões de saúde pública à escala mundial. O suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de cerca de 16/100.000 habitantes, constituindo a 13^a causa de morte, a 3^a causa de morte no grupo etário dos 15 aos 34 anos, a 2^a causa de morte nos jovens dos 15 aos 19 anos. Quanto às tentativas de suicídio, Veiga e Saraiva (2003) salientam que representam a 6^a causa de défice funcional permanente.

As perturbações mentais aumentam o risco de suicídio. A depressão, esquizofrenia, e a utilização de substâncias aumentam o risco de suicídio. Uma grande proporção de suicídios em alguns países da Europa Central e Oriental foi recentemente atribuída ao uso de álcool (Rossow, 2000).

Os dados sobre suicídios, e sobretudo em relação às tentativas de suicídios, são escassos em Moçambique devido a subnotificação dos casos. A falta de um sistema de vigilância harmonizado no país faz com que estas mortes sejam classificadas com imprecisões, como não intencionais e/ou acidentais, e outros ficam perdidos nas estatísticas de outras doenças e situações como intoxicações, homicídios, ou na comunidade.

Entretanto, os números recolhidos nos relatórios anuais provinciais (2012 – 2013) mostram um total de 698 de casos de tentativa de suicídio registados em todo o país, sendo 114 em 2012 e os restantes 584 em 2013 (MISAU, 2013).

Um estudo sobre o suicídio realizado pelo serviço de medicina legal do HCM verificou que das 12.732 autópsias realizadas, correspondentes aos anos 2000 a 2009, 8,6% foram suicídios correspondentes a 893 casos, sendo 2008 o ano com mais casos de suicídio - 111 que correspondem a 12% (Ceita V, 2014). Ainda de acordo com o mesmo estudo, os métodos de suicídio mais usados foram: o enforcamento (604), as intoxicações (104), as precipitações (20).

A importância dos médicos de clínica geral na assistência à população Moçambicana é inegável. Moçambique conta apenas com cerca de 10 psiquiatras moçambicanos a nível nacional, sendo o tratamento e prevenção das doenças mentais e do comportamento realizado maioritariamente por cerca de 241 técnicos de psiquiatria distribuídos pelo País. Os técnicos de Psiquiatria são técnicos médios que recebem uma formação na área da psiquiatria e saúde mental e ficam habilitados para tratar doentes com perturbação mental e/ou do comportamento, prescrevem medicamentos e realizam acções de prevenção na comunidade. Em Moçambique, existem cerca de 1.108 médicos de clínica geral (MISAU-DF, 2014) e todos eles estão autorizados a prescrever psicofármacos sempre que necessário (Santos et al., 2012).

Segundo a OMS (2011), nos países de baixa renda, a taxa média de psiquiatras por 100.000 pessoas é de 0,05, e muitas vezes a demanda e necessidade de assistência à população obriga a dependência quase exclusivamente de médicos de clínica geral para a prestação de serviços de saúde mental, para além de que os clínicos gerais estão presentes entre as mais importantes portas de entrada das várias perturbações mentais e do comportamento, bem como das tentativas de suicídio no sistema de cuidados de saúde.

Os Médicos Clínicos Gerais trabalham igualmente nos contextos de cuidados de saúde primários e atendem a todos os tipos de patologia incluindo as doenças mentais. Ora, aproximadamente 20% de todos os doentes atendidos por

profissionais dos cuidados primários de saúde têm uma ou mais perturbações mentais e comportamentais (Santos, et al., 2012)

Na perspectiva de Forster e King (1994) uma das principais valias dos médicos de clínica geral é a realização de triagens de casos para o internamento, estabilização e tratamento dos casos agudos, para além de proporcionarem suporte psicossocial.

Entretanto, há estudos (Sartorius, 2002; Magliano et al., 2012) que mostram que os profissionais de saúde, tal como o público em geral, podem ter atitudes negativas e estigma em relação às pessoas com perturbações mentais, podendo agir em conformidade, uma vez feito e conhecido o diagnóstico psiquiátrico.

Os médicos podem endossar visões negativas estereotipadas sobre os sujeitos com doença mental (Lawrie et al., 1998; Uçok et al., 2006). Há evidências de que as pessoas com transtornos psiquiátricos recebem menos atenção e cuidados de médicos de família e outros prestadores de cuidados de saúde por causa do estigma (Pinfold et al., 2005. Schulze et al., 2003, Levinson et al., 2003). Lingeswaran (2010) constatou que os médicos de clínica geral também sofrem a influência do sistema de crenças comuns da população em geral e em alguns estudos foram encontradas atitudes negativas semelhantes aos da população em geral.

O investimento na formação dos médicos de clínica geral sobre matérias de saúde mental e suicídio, para além da sua integração nos serviços de saúde mental nos cuidados de saúde primários e nas emergências psiquiátricas, pode assumir um papel importante no atendimento prioritário de casos agudos de perturbações psicóticas, perturbações do humor, perturbações relacionados com o uso de substâncias psicoactivas e perturbações da personalidade (Barros et al., 2010), mas pode sobretudo melhorar os conhecimentos, a atitude e o estigma em relação à doença mental e ao suicídio, favorecendo um melhor tratamento e prevenção.

Com este estudo pretende-se, como objectivo geral, analisar o estigma e as percepções dos médicos de clínica geral em relação às tentativas de suicídio, o suicídio e as perturbações mentais bem como os possíveis factores associados a estes fenómenos. De modo a lograr-se atingir este objectivo, organizou-se o

trabalho da seguinte forma: na primeira parte faz-se a revisão teórica, baseada na abordagem dos principais construtos teóricos existentes sobre as temáticas do suicídio, doenças mentais e a sua relação com o estigma, incluindo a importância dos clínicos gerais no tratamento e prevenção das doenças mentais e suicídio. Posteriormente, e numa segunda fase, apresenta-se o estudo original, descrevendo-se as hipóteses do estudo bem como os métodos e população. Segue-se uma terceira parte onde se apresentam os principais resultados do estudo, seguida da análise e discussão dos mesmos. Numa quarta fase, arrolam-se as limitações do estudo e as principais conclusões e recomendações.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Revisão Teórica

O PESO DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS: As perturbações mentais e comportamentais são comuns e afectam mais de 25% da população em dada altura da sua vida. São também universais, atingindo pessoas de todos os países e sociedades, de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, populações de zonas urbanas e rurais (OMS, 2001). Exercem um impacto económico sobre as sociedades e sobre a qualidade de vida das pessoas e das famílias. Estão presentes, em qualquer momento, em cerca de 10% da população adulta. Aproximadamente 20% de todos os doentes atendidos por profissionais de cuidados primários de saúde têm uma ou mais perturbações mentais e comportamentais. Uma ou mais famílias provavelmente terão pelo menos um membro com uma perturbação mental ou comportamental. Essas famílias proporcionam não só apoio físico e emocional, mas suportam também o impacto negativo do estigma e da discriminação.

Calcula-se que, em 1990, as perturbações mentais e comportamentais tenham sido responsáveis por 10% do total de AVAI (anos de vida ajustados por incapacidade) perdidos, por todas as doenças e lesões. Essa proporção chegou a 12% em 2000. Até 2020, prevê-se um crescimento do peso representado por essas perturbações para 15%. As perturbações comuns, que geralmente causam incapacidade grave, abrangem perturbações depressivas, perturbações causadas pelo uso de substâncias, esquizofrenia, epilepsia, doença de Alzheimer, atraso mental e perturbações da infância e da adolescência. Os factores associados a prevalência, a manifestação e a progressão destes problemas compreendem a pobreza, o sexo, a idade, os conflitos e catástrofes, graves doenças físicas e o ambiente familiar e social.

A carga das perturbações mentais é considerada importante em todo o mundo. Estudos epidemiológicos de base comunitários encontraram taxas de prevalência de tempo de vida de transtornos psiquiátricos de 12,2% para 48,6%, e as taxas de

prevalência de 12 meses de transtornos psiquiátricos de 8,4% para 29,1% em diferentes partes do mundo. Estes números significativos são agravados pela falta de tratamento, que é a diferença entre o número de pessoas que necessitam de serviços de saúde mental e o número de indivíduos com acesso. A diferença de tratamento para transtornos psiquiátricos é grande em todo o mundo: as taxas médias de casos não tratados de transtornos psiquiátricos variam de 32,2% a 78,1% (Kohn et al, 2004). Nos países de renda baixa e média, incluem alto custo comparativo dos serviços de saúde, a escassez de centros de serviços de saúde mental, o estigma sobre a doença mental, e escassez de força de trabalho (OMS, 2001).

Os países de baixa e média renda apresentam uma morbilidade psiquiátrica significativa. Estima-se que até 2020 o transtorno depressivo maior ascenderá para a segunda causa mais comum para a carga global de doenças (OMS, 2001).

O Relatório Mundial da Saúde de 2001 chamou a atenção para o crescente peso global das doenças mentais. Actualmente, os transtornos mentais são responsáveis por 05 das 10 principais causas de incapacidade de saúde. Em 2000, os transtornos mentais representavam cerca de 12% da carga global da doença e projecta-se que em 2020 esta subirá para 15%.

Em 2020, a depressão unipolar será a segunda principal causa de incapacidade de saúde no mundo (Lopez et al., 2006). De acordo com o *Division of Child Protection and Permanency – Non-communicate diseases* (DCPP - NCD, 2006) os transtornos mentais e neurológicos são responsáveis por 1,4 % das mortes em países de baixa e média renda, em comparação com 1,8% de mortes em países de alta renda. Na África Subsaariana, a região com maior peso das doenças transmissíveis, as perturbações neuropsiquiátricas são responsáveis por quase 10% da carga total de doenças. Na África do Sul, as perturbações neuropsiquiátricas ocupam o segundo lugar, depois de HIV/AIDS, em sua contribuição para o peso total de doença (Bradshaw et al., 2003).

Estima-se que uma em cada quatro pessoas sofrem de uma perturbação mental diagnosticável durante o curso de sua vida (WHO, 2009).

O sofrimento devido às perturbações mentais são mais elevados entre comunidades pobres, marginalizadas e perturbadas e entre aqueles com menos autonomia e poder dentro dessas comunidades, tais como crianças, mulheres, idosos, refugiados e pessoas com deficiência (Patel & Kleinman, 2011).

O peso económico e social das perturbações mentais afecta não apenas os indivíduos, mas também as suas famílias e comunidades. O peso económico inclui o custo de tratamento, bem como os custos indirectos associados com o desemprego e perda de produtividade.

A carga social vivida por pessoas com perturbações mentais e suas famílias incluem o estigma, discriminação e violação dos direitos humanos.

Muitos países de renda baixa e média, especialmente os da África, estão mal equipados para lidar com a saúde mental, sendo que apenas 50% dos países africanos têm uma política de saúde mental. Na África, 70% dos países gastam menos de 1% de seus orçamentos de saúde escassos em saúde mental. (Bradshaw et al., 2003).

Segundo Miranda e Patel (2005), as perturbações mentais empobrecem as pessoas por causa do aumento dos custos de cuidados de saúde, desemprego, ou emprego perdido. As perturbações mentais estão ligadas a morbilidade e mortalidade materna e infantil.

Em termos de saúde mental e desenvolvimento social, na Índia e na China o suicídio (implicado na depressão) é a principal causa de morte entre as mulheres durante o período reprodutivo (Aaron et al., 2004; Phillips et al., 2002). A saúde mental tem baixa prioridade na agenda de saúde da maioria dos países e o estigma e a discriminação estão associadas com as doenças mentais.

POBREZA E SAÚDE MENTAL: Actualmente, é bem conhecida a premissa de que cerca de um quarto da população mundial desenvolverá algum tipo de perturbação mental durante a vida (Kohn R., Saxena S., Levav I., Saraceno B., 2004). De acordo com estes autores, a doença mental é um componente importante na carga total

mundial de doenças, sendo responsável por 12% a 18% do total, de acordo com o nível de desenvolvimento das regiões geográficas globais.

Em países em vias de desenvolvimento, as mudanças demográficas em curso, tais como a crescente longevidade, estão associadas a um crescente peso das doenças mentais. Igualmente, está razoavelmente documentado que os serviços de saúde mental têm sido insuficientes para atender às necessidades actuais, o que resulta em dificuldades no tratamento na maioria destes países.

DOENÇAS MENTAIS EM MOÇAMBIQUE: Dados do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA, 2009) demonstram que, em Moçambique a prevalência do HIV e SIDA entre os moçambicanos adultos de 15-49 anos é de 11.5%, e que a prevalência entre as mulheres (13.1%) desta mesma faixa etária é superior à prevalência entre os homens (9.2%).

Os resultados deste inquérito mostram ainda que o risco de infecção por HIV entre os adultos de 15-49 anos é superior entre os residentes das áreas urbanas (15.9%) comparativamente aos residentes nas áreas rurais (9.2%).

O estado de saúde da população e o perfil epidemiológico é em grande medida consequência do actual nível de desenvolvimento socioeconómico e é simultaneamente factor condicionante do seu ritmo de crescimento. O quadro epidemiológico de Moçambique é em larga medida de pré-transição, isto é, dominado por doenças transmissíveis, designadamente a malária, HIV/SIDA, diarreia, infecções respiratórias agudas e tuberculose, mas com uma importante ascensão de doenças não transmissíveis (doenças cardiovasculares, lesões, cancro, entre outras), particularmente na zona urbana.

Patel et al. (2007) realizaram um estudo pioneiro no país, no ano de 2003, que aferiu sobre a prevalência de perturbações mentais em comunidades urbanas e rurais, do norte e sul do país. O estudo demonstrou que a prevalência de perturbações mentais severas é superior nas zonas rurais, onde os serviços são mais raros e mais precários e onde as famílias são também mais vulneráveis do

ponto de vista económico. O mesmo evidencia que, na ausência de estruturas de apoio da parte do Sistema Nacional de Saúde, os doentes vêm-se obrigados a recorrer quase em exclusivo à Medicina Tradicional (2006).

Não dispondo de residências protegidas, existindo apenas 4 centros de dia de saúde mental no país, todos localizados na zona sul Maputo e Gaza (Santos et al., 2012) e sem nenhum tipo de estrutura de apoio psico-socioeconómico para suporte, muitos dos doentes ficam desamparados e entregues à sua própria sorte.

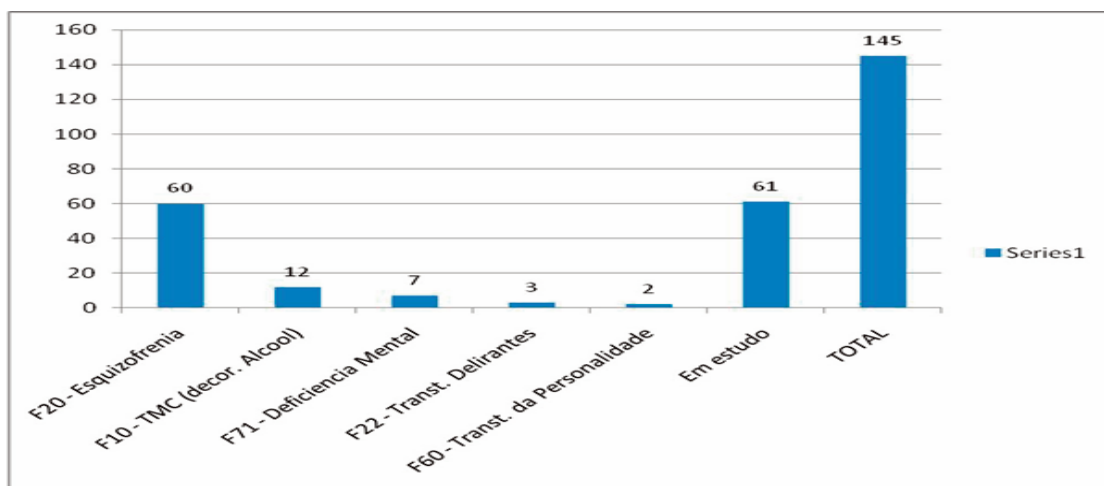
Num estudo realizado em relação à assistência a População de Rua com perturbações Mentais (PRA), a esquizofrenia constitui a perturbação mais comum, afectando 41.4% dessa população como se pode verificar no gráfico 1 (Gouveia et al., 2011). Estes dados vão de encontro à tendência da taxa mundial de prevalência desta perturbação em termos de género, de acordo com a qual a prevalência é maior na população masculina. A tendência pode ser igualmente observada nos relatórios da maioria das províncias do país e, mesmo, na globalidade dos casos diagnosticados nas unidades sanitárias (um total de 2.673 homens para 2.079 mulheres em 2008).

O segundo tipo de perturbação mais comum é a decorrente do consumo de álcool e cannabis, e afecta 8.3% da População de Rua com Perturbações Mentais (PRA). Esta perturbação registou igualmente uma prevalência importante na população masculina que recorreu às Unidades Sanitárias em 2008 (um total de 533 homens, contra 142 mulheres), no país.

Em termos de prevalência, a deficiência mental constitui o terceiro problema psiquiátrico mais frequente na População de Rua com Perturbações Mentais (PRA), com um valor percentual de 4.8. Embora haja discrepância de predominância nas populações de homens e mulheres a nível das diferentes províncias do país, os dados, duma forma geral, apontam para a mesma tendência de maior prevalência – neste caso, do atraso mental na população masculina assistida nas US (unidades sanitárias) em 2008 (um total de 326 homens e 261 mulheres). A mesma tendência refere-se aos transtornos delirantes e aos da personalidade diagnosticados nas diferentes US (unidades sanitárias) do país, sendo a

prevalência dos transtornos de personalidade de 409 casos entre os homens e de 195 entre as mulheres.

Gráfico1: Perturbações mentais comuns na PRA

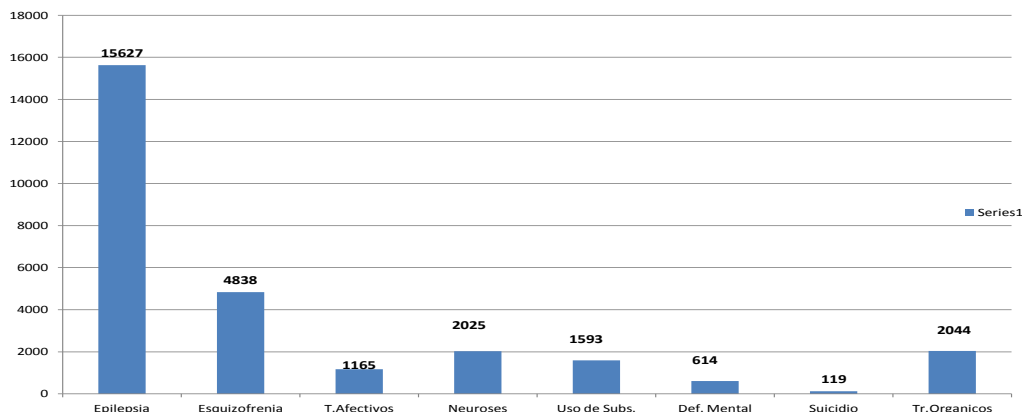


Fonte: DSM (2009)

Ainda no estudo de Vikram Patel (2007) sobre a prevalência de perturbações mentais severas em Moçambique evidencia que as taxas de prevalência ao longo da vida para todos os três transtornos (convulsões, psicoses e atraso mental) foram maiores na área rural do que no meio urbano. Em relação a causa das três doenças (psicoses, convulsões, atraso mental), estas foram mais frequentemente atribuídas a causas sobrenaturais. Em cerca de 3/4 de todos os casos, as famílias haviam consultado um médico tradicional (curandeiro). O relatório do Departamento de Saúde Mental MISAU (2013) relativo ao ano de 2012 mostra como principais perturbações ao nível nacional: as convulsões, esquizofrenia, neuroses, transtornos orgânicos, uso de substâncias, transtornos afectivos, deficiência mental e tentativas de suicídio (Gráfico 2).

Gráfico2: doenças mentais mais diagnosticadas em Moçambique em 2012.

Doenças mais diagnosticadas – 2012_(DSM, 2013)



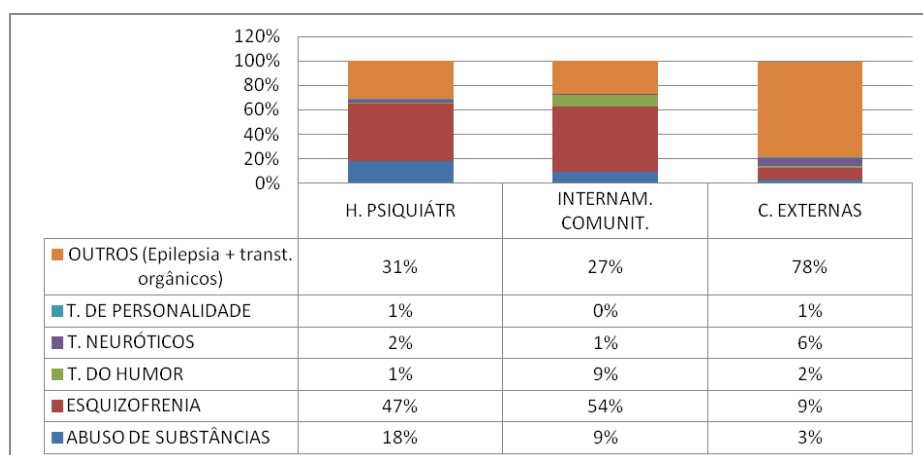
Fonte: Relatório DSM, 2013.

Dados do estudo de Santos (2012) revelam que os principais diagnósticos dos pacientes admitidos nos hospitais psiquiátricos são a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (47%), a epilepsia e outros transtornos orgânicos (31%) e os transtornos mentais decorrentes do consumo de substâncias psicoativas (18%).

A esquizofrenia ocupa o primeiro lugar nos internamentos quer nos hospitais psiquiátricos quer nos internamentos de base comunitária seguido do abuso de substâncias. Relativamente as consultas externas, a epilepsia é o principal diagnóstico encontrado.

Em relação aos principais diagnósticos de admissão nos internamentos psiquiátricos de base comunitária são a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (54%), os transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas (9%) e os transtornos do humor ou afectivos (9%). Também a este nível a epilepsia e os transtornos mentais orgânicos têm uma alta prevalência (27% dos casos). Em média, os pacientes permanecem internados durante cerca de 1.14 dias nas unidades sanitárias (Santos et al., 2012).

Gráfico 3: principais diagnósticos



Fonte: Santos et al., 2012 (quadro: Principais diagnósticos)

No que se refere aos dados dos anos 2006 a 2008 os principais diagnósticos efectuados nas consultas externas e internamentos haviam sido a esquizofrenia, epilepsia, neuroses agudas e transtornos mentais e de comportamento decorrentes do consumo de substâncias psicoactivas (Santos et al., 2012) (vide gráfico 3).

2.1.1 SUICÍDIO E TENTATIVAS DE SUICÍDIO

SUICÍDIO E TENTATIVAS DE SUICÍDIO: O suicídio é conceptualizado pela OMS (1984) como sendo *“um acto de pôr termo à própria vida, com um resultado fatal, que foi deliberadamente iniciado e preparado, com prévio conhecimento do seu resultado final e através do qual o indivíduo pensou fazer o que desejava”* (Santos Mário, J. R., 2004, p. 159). É um fenómeno complexo e multifacetado em que estão em jogo uma série de interacções de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social.

O suicídio e tentativa de suicídio não podem ser vistos como uma questão “pessoal” ou de direito do cidadão, de decisão do fórum íntimo, como alternativa de felicidade ou fuga ao infortúnio, uma expressão religiosa, cultural ou ritual, mas sobretudo, deve ser encarado como um problema de saúde, em que um conjunto de factores leva o indivíduo a cometer o “suicídio” ou a “tentar” suicidar-se.

O suicídio é um fenómeno complexo que têm atraído a atenção de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e artistas através dos séculos; de acordo com o filósofo francês Albert Camus, em “*o mito de Sísifo*”, esta é a única questão filosófica séria.

Etimologicamente o suicídio provém do latim e resulta da junção do radical *sui* (si) e *cídiu* (caedere) – matar, o que significa “*matar-se*” e usa-se para expressar “*o acto de acabar com a própria vida, dar morte a si mesmo*” (Costa e Melo, 2001) ou “*um homicídio de si mesmo*” (Doron e Parot, 2001).

Segundo a OMS (Bertolote, 2010), o suicídio é um óbito que resulta de uma acção ou omissão iniciada com a intenção de causar a morte e com a expectativa desse desfecho.

Para além da definição do suicídio propriamente dito, há uma necessidade de encontrarmos uma definição e destriça entre esta e outras definições comumente envolvidas em mal entendidos – o comportamento suicida e as tentativas de suicídio.

Na perspectiva de Bertolote (2010), o comportamento suicida é uma expressão que cobre uma série de fenómenos ligados ao suicídio, dos quais os mais relevantes são o suicídio propriamente dito (óbito) e a tentativa de suicídio.

A OMS (2001) considera o suicídio como um sério problema de saúde pública, entretanto, alerta para o facto de que a sua prevenção e controle, infelizmente, não serem tarefas fáceis. Algumas pesquisas indicam que a prevenção do suicídio, mesmo sendo uma actividade factível, envolve toda uma série de actividades, que varia desde as melhores condições possíveis para a criação das crianças e jovens, passando pelo tratamento efectivo das perturbações mentais, até o controle dos factores de risco ambientais. A disseminação apropriada da informação e o aumento da consciencialização são considerados elementos fundamentais para o sucesso de programas de prevenção do suicídio.

Numa Revisão Sistemática realizada por Ulrich Hegerl (2006) sobre as estratégias de prevenção do suicídio, confirma-se o facto de o suicídio constituir-se como “*um significant problem of public health*”. (p. 2064).

Em 1998 o suicídio foi responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo, variando entre 2,3% em países de alta renda a 1,7% em países de baixa renda. Este é um custo equivalente ao das guerras e homicídios, aproximando-se do dobro do custo das diabetes, e também equivale ao custo do trauma e asfixia neonatais.

A OMS (2006, p. 341) refere que em cada ano, cerca de 1 milhão de pessoas morre por suicídio no mundo inteiro, sendo a cifra mais elevada que o número total de mortes produzidas, juntamente por guerras e homicídios.

De acordo com as estimativas da OMS (2000), só no ano de 2000, aproximadamente 1 milhão de pessoas estiveram em risco de cometer o suicídio. O suicídio é uma das 10 maiores causas de morte em todos os países e uma das três maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos no Mundo.

Anualmente cerca de 1 milhão de pessoas cometem suicídio e são registadas entre 10 a 20 milhões de tentativa de suicídio. Em 1998 o suicídio foi responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo, variando entre 2,3% em países de alta renda a 1,7% em países de baixa renda. Segundo Hawton e Heeringen (2009), a carga global estimada de suicídio é de milhões de mortes por ano. A mortalidade anual estimada é de 14,5 mortes por 100.000 pessoas, o que equivale a 1 morte a cada 40 segundos. As taxas de suicídio variam de acordo com região, sexo, idade, tempo, origem étnica, etc.

SUICÍDIO E A PROBLEMÁTICA DA MORTE: O tema da morte desencadeia diversas reacções no ser humano. Uma delas é deparar-se com a constatação da própria finitude. Ainda que a morte seja a única certeza da vida, são visíveis as dificuldades dos indivíduos em tratar desse tema. Quando a morte é por suicídio, as dificuldades ampliam-se, já que está acrescido o aspecto da vontade humana: nele decide-se acabar com a própria vida, buscando livrar-se de uma dor psíquica insuportável. Apesar de ser um acto auto-infligido (voluntário e intencional), no qual o alvo é o próprio agente, o suicídio gera repercussões em todos os que o rodeiam, desde o contexto familiar até o social.

Foram muitos os filósofos, historiadores, sociólogos, biólogos, antropólogos e psicólogos a discutir o assunto no decorrer da história. A morte não faz parte de uma categoria específica; é uma questão que atravessa a história, é sobretudo uma questão essencialmente humana.

O medo provoca uma espécie de distanciamento cada vez maior do homem em relação à morte, criam-se tabus, como se fosse desaconselhável ou até mesmo proibido falar sobre este tema, mesmo sabendo nós que a expressão de sentimentos, nessas ocasiões, é fundamental para o desenvolvimento do processo da elaboração da perda.

De acordo com Pitta (1999), o saber da equipa de saúde, voltado exclusivamente para soluções técnicas, exige uma atitude de negação da morte, na medida em que fornece poder ao profissional da saúde e ameniza o sentimento de impotência. Nesse sentido, o investimento nos recursos tecnológicos torna-se uma alternativa de prolongamento da vida do paciente para evitar não só o contacto com a morte, mas a comunicação com a família e os sentimentos mais profundos do paciente.

Apesar de aceitarmos que existe uma interpretação universal para o fenómeno da morte, temos que concordar que ela é um fenómeno complexo, com implicações profundas, que devem ser compreendidas através de uma perspectiva multidisciplinar, pois em cada tempo e cultura existe um significado atribuído a ela. Inicialmente, esse significado é externo ao indivíduo, pertencendo à cultura. À medida que esse significado é internalizado, transforma-se num instrumento subjectivo da relação do indivíduo consigo mesmo. E assim, o significado externo adquire um sentido pessoal para o indivíduo.

Segundo Bromberg (1994) “...como aprendemos em nossa cultura, evitamos a dor, evitamos a perda e fugimos da morte, ou pensamos fugir dela...” não nos permitindo realizar um verdadeiro luto.

TENTATIVAS DE SUICÍDIO: Já as tentativas de suicídio têm as mesmas características fenomenológicas do suicídio, diferindo deste apenas quanto ao desfecho, que não é fatal; neste sentido, deve-se diferenciá-la de outros

comportamentos autodestrutivos, nos quais não existe uma intenção de pôr fim à vida, embora elementos exteriores possam ser comuns a ambos (Bromberg 1994; p.88).

Igualmente é imperioso destacar que um comportamento não é e nem significa necessariamente uma doença; neste sentido, os comportamentos suicidas não constituem uma doença, embora na maior parte estejam associados a diversas perturbações do foro mental, dos quais as perturbações do humor (principalmente a depressão), as perturbações relacionadas com o uso de substâncias (especialmente a dependência de álcool), a esquizofrenia e as perturbações da personalidade são as mais frequentes (Bertolote, 2010, p. 88).

Apesar de uma doença clínica considerada grave não constituir por si só um potencial risco de comportamentos suicidas, sabe-se igualmente que algumas doenças físicas apresentam também significativa associação com os comportamentos suicidas, entre as quais: síndrome de dor crónica, doenças neurológicas como a epilepsia, infecção pelo vírus do HIV, algumas delas com uma grande prevalência no contexto moçambicano.

Em relação a epilepsia, por exemplo, foram registados, só em 2012, cerca de 15.627 casos ao nível nacional (MISAU, 2013), números que parecem exagerados e que podem lá estar contidos uma série de outras perturbações de natureza conversiva, que não são adequadamente diagnosticadas.

ESTUDOS SOBRE O SUICÍDIO E TENTATIVAS DE SUICÍDIO: Estudos têm demonstrado que o suicídio aparece cada vez mais em idades cada vez mais precoces, afectando a família, o sujeito e a própria comunidade (OMS, 2001)

Igualmente a OMS (2001) chama a atenção para o facto de que as incapacidades associadas às tentativas de suicídio e às doenças mentais se expressam, também, através da diminuição das capacidades intelectuais, académicas e laborais, dificuldades na tomada de decisões, na comunicação, relações interpessoais, dificuldades no controlo dos impulsos, alterações psicomotoras e volitivas.

Por outro lado, as incapacidades resultantes das doenças mentais constituem uma componente importante da carga das enfermidades, especificamente expressa no indicador de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI) e são responsáveis por 35 a 45% de absentismo laboral e 90% de baixo desempenho, de onde outros determinantes sociais e individuais perpetuam ou exacerbam a magnitude dos danos psicológicos.

Um estudo de Piedrahita (2012, p.137) evidenciou um grande desconhecimento dos adultos em relação à questão do suicídio tendo provado que a intervenção educativa possibilitou a identificação dos factores de risco nos adolescentes e revelou ainda uma significativa efectividade ao aumentar o nível de conhecimentos nos pais e educadores. Uma maior informação possibilita a identificação e tratamento oportuno o qual leva à diminuição do evento neste grupo populacional. Ressalta-se, igualmente, o papel da escola como contexto apropriado para a realização das intervenções.

Silverman (2004) realça a existência de alguns modelos conceptuais e programas de prevenção do comportamento suicida ao nível mundial. Alguns destes programas são dirigidos a profissionais específicos como clínicos gerais, educadores e são centrados na promoção de factores protectores na população em geral, detecção atempada dos factores de risco em grupos vulneráveis. Para o caso dos comportamentos suicidas, abarca intervenções educativas a população geral e a grupos específicos, alguns dos quais acima referidos. Estas acções focalizam-se na melhoria das habilidades para a resolução de problemas, restrição no acesso a meios letais, encorajamento e desenvolvimento de grupos comunitários e de apoio para sujeitos em risco, a abertura dos canais de comunicação, de entre outros.

As estratégias de intervenção psico educativa possibilitam aos educadores, pais e famílias, identificar os factores de risco para o comportamento suicida e dotá-los de ferramentas para a abordagem inicial dos sujeitos em risco. Estas passam, principalmente nos adolescentes, por fortalecer os factores protectores através do reforço e incremento de habilidades para a vida, auto-estima e competências sociais.

Estudos de Silverman (2012) mostram que a intervenção educativa possibilitou a identificação de factores de risco e mudanças favoráveis a respeito da aquisição de conhecimentos sobre os comportamentos suicidas. Ainda nestes estudos, conclui-se que a prevenção requer a participação coordenada e articulada de diferentes actores: as famílias, os serviços de saúde, cultura, educação, comunitários e familiares.

Resultados de uma pesquisa realizada na Colômbia por Galvis YT., et al., (2011, p. 13) mostram-se congruentes com a literatura que realça o facto de que o comportamento suicida está associado com as condições económicas e de vida desfavorável. Entretanto, no mesmo estudo, demonstrou *“não existir uma associação clara entre a qualidade de vida, condições de vida e suicídio”*. Portanto, ficou demonstrado apenas que existe uma correlação estatisticamente significativa entre tentativas de suicídio com o nível socioeconómico e as condições desfavoráveis de medidas de qualidade de vida. Qualidade de vida, conceptualizado pela OMS (2001, p. 37) como: *“a percepção que um indivíduo têm do seu lugar na existência em contexto da cultura e de sistema de valores em que vive e sua relação com os seus objectivos, expectativas, normas e inquietações”*.

O IMPACTO DO SUICÍDIO E TENTATIVAS DE SUICÍDIO: De acordo com as estimativas da OMS (2000), nesse ano, aproximadamente 1 milhão de pessoas estiveram em risco de cometer o suicídio. O suicídio é uma das 10 maiores causas de morte em todos os países, e uma das três causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos. A OMS (2000) considera o suicídio como um sério problema de Saúde Pública, mas também chama-nos a atenção para o facto de não existirem estratégias eficazes para a sua prevenção e controle.

A OMS (2006) realça que o suicídio é um importante problema de saúde pública em muitos países, e a causa principal de mortes entre os adolescentes e jovens adultos. Estima-se que por cada morte consumada por suicídio, se produzem entre 10 a 20 tentativas de suicídio.

O impacto psicológico e social do suicídio em uma família e na sociedade é imensurável. Em média, um único suicídio afecta pelo menos outras seis pessoas.

Se um suicídio ocorre em uma escola ou em algum local de trabalho, tem impacto em centenas de pessoas. (OMS, 2000).

Segundo Marck (2006) a família, os amigos e o médico do suicida podem sentir culpa, vergonha e remorso por não terem conseguido evitar o acto. Também podem sentir raiva contra aquele que tentou matar-se (tentativa de suicídio) ou chegou a tirar a própria vida (suicídio).

Conforme De Leo (2004), para cada óbito por suicídio há pelo menos cinco pessoas próximas ao falecido cujas vidas são profundamente afectadas.

Cabe destacar que o suicídio é uma das dimensões do comportamento suicida, o qual inclui um possível *continuum* de comportamentos que vão desde pensamentos de auto-destruição, seguidos de ameaças, gestos e tentativas de suicídio até o desfecho fatal (Werlang; Botega, 2004).

Para a OMS (2006, p. 341) para além de acarretar sérias consequências emocionais para os familiares e amigos, os custos económicos associados ao suicídio e tentativas de suicídio são também devastadores e se reflectem nos gastos médicos, saúde mental do sujeito e família, sendo que o custo económico anual dos comportamentos suicidas é estimado em biliões de dólares.

Segundo a OMS (2000, P.2064) o suicídio é considerado um problema global, “*um significativo problema de saúde pública*” e corresponde a segunda causa de morte no grupo etário dos 15-24 anos. No início do século XXI, contabilizou-se cerca de 1 milhão de suicídios/ano, esperando-se que em 2020 se registem cerca de 1,5 milhões.

SUICÍDIO E FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: Apesar de ser um acto individual, ocorre no contexto de uma determinada sociedade, e certos factores sociodemográficos como sexo, idade, etnia, estão associados. Na maioria dos países, mais indivíduos do sexo masculino cometem o suicídio. A China é o único país no qual os suicídios de mulheres ultrapassam os suicídios dos homens; nas

áreas rurais as taxas são aproximadamente iguais aos das áreas urbanas. Os idosos (mais de 65 anos) e os mais novos (15-30 anos) são grupos etários de risco aumentado para suicídio. Dados recentes sugeriram um aumento nas taxas de suicídio em homens de meia-idade (OMS, 2000, p. 2064)

Já nas tentativas de suicídio, estas são mais visíveis em mulheres do que em homens, sendo a idade variável, de país para país, e de região para região.

Autores como Bertolote (2010) realçam que a mortalidade por suicídio tem aumentado progressivamente, em números absolutos, embora as taxas de suicídio aumentem ou diminuam, conforme a região geográfica. O autor salienta o facto de, actualmente, registarem-se mais de 870.000 óbitos por suicídio em todo o mundo, o que representa 49% de todas as mortes por causas externas.

Embora seja difícil encontrar registos mundiais sobre as tentativas de suicídio, sabe-se, igualmente e a partir de estudos localizados, que a taxa de tentativas de suicídio podem ser de 10 a 40 vezes mais elevadas que as de suicídio.

Ainda na senda dos dados mundiais (Bertolote, 2010) o suicídio predomina em homens, numa proporção aproximada de 3.1, embora seja observada uma relação inversa quanto às tentativas de suicídio. Entretanto, chamam-nos atenção para o facto de que estas diferenças tenderem a diminuir.

Em relação a idade, as maiores taxas de suicídio são encontradas entre pessoas idosas (pico actual acima de 75 anos de idade), porém, em determinados países a situação é radicalmente diversa, como por exemplo, na Nova Zelândia, onde o pico fica entre 25 e 34 anos, e no Japão entre 55 e 64 anos (Bertolote, 2010).

No Brasil, a taxa de suicídio também aumenta progressivamente, 21% em um intervalo de 20 anos. As taxas aumentaram com a idade, principalmente para o sexo masculino. A proporção de homens que se suicidaram é sempre superior à das mulheres, em todas as faixas etárias.

Em Portugal, a taxa de suicídio por 100.000 habitantes, em 2010, foi de 10.3, taxa superior à de quaisquer outras mortes violentas, nomeadamente por acidentes de viação e acidentes de trabalho (Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, 2013-2017).

SUICÍDIO, TENTATIVA DE SUICÍDIO E PERTURBAÇÃO MENTAL: Segundo a OMS (2000) o suicídio não é por si só, necessariamente a manifestação de uma doença, entretanto as doenças mentais são um factor importante associado com o suicídio. A existência de perturbação mental é considerada o factor de risco mais importante para o suicídio (Carvalho e col, 2013). As perturbações com risco associado mais elevado incluem: as perturbações do humor, psicóticas, de ansiedade, abuso e dependência de substâncias (em particular o álcool), e algumas perturbações da personalidade (estado limite e anti-social).

O suicídio é considerado como uma perturbação multidimensional, que resulta de uma interacção complexa entre factores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos. Segundo alguns estudos (OMS, 2002) cerca de 90% das pessoas que morrem por suicídio sofrem de perturbação mental e a depressão é o factor mais frequente. Uma percentagem de 4% dos doentes com qualquer tipo de depressão e cerca de 15 a 20% com depressão grave morrem por suicídio, afectando mais homens e os idosos, representando uma das três primeiras causas de mortalidade na faixa etária entre os 15 e os 34 anos, em todos os países (OMS, 2002).

Os estudos, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em vias de desenvolvimento, revelam uma prevalência total de perturbações mentais de 80 a 100% em casos de suicídios com êxito letal. Estima-se que o risco de suicídio ao longo da vida em pessoas com perturbações do humor (depressão) é de 6 a 15%; com alcoolismo, de 7 a 15%; e com a esquizofrenia, de 4 a 10% (OMS, 2000).

A esquizofrenia é outra patologia do foro psiquiátrico onde a taxa de mortalidade por suicídio é considerável. Alguns autores (Miles, 1977) referem um intervalo entre 4,9% e 10%. Independentemente da variação dos resultados, permanece como um factor de risco superior ao da população em geral.

Estes aspectos constituem preocupação, quando olhamos para as estatísticas da OMS, reveladoras de que as taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento.

Embora apareçam alguns dados sobre o suicídio e tentativas de suicídio em Moçambique, estes ficam muito aquém da realidade, pois o suicídio constitui um fenómeno reconhecidamente sub-declarado. E um dos motivos que contribui para

“esconder” os suicídios e tentativas de suicídios, é que a morte por suicídio é uma morte fortemente estigmatizada por razões de ordem religiosa, sociocultural e até política.

Na perspectiva de Carvalho (2012, P.17) *“Este é um problema com que, embora em graus diversos, se debate a generalidade dos países, justificando uma especial atenção em qualquer plano nacional de prevenção do suicídio, pois não é possível prevenir eficazmente aquilo que não se conhece ou se conhece mal”*.

De acordo com Kohn R., Saxena S., Levav I., Saraceno B (2004), os países com baixa e média renda possuem as taxas mais altas de suicídio, e 2.1% da mortalidade global é atribuída directamente às perturbações neuropsiquiatrias.

Os problemas de saúde mental constituem uma carga substancial nos sujeitos e suas famílias, afectando as expectativas de vida dos pacientes e a qualidade de vida destes e seus familiares.

De acordo com a OMS (2000), um achado comum nos sujeitos que cometem o suicídio é a presença de perturbações comórbidas. As perturbações mentais que comumente apresentam-se em conjunto são: alcoolismo e perturbações do humor e perturbações da personalidade juntamente com outras perturbações psiquiátricas. O risco de suicídio é aumentado em condições físicas crónicas. Além disso, existe uma taxa aumentada de perturbações psiquiátricas, principalmente a depressão, em sujeitos com doenças físicas. A cronicidade, limitações e prognóstico reservado correlacionam-se com o suicídio (vide tabela 1).

Tabela 1: Suicídio e Perturbações Mentais (baseado em OMS, 2000)

Perturbação associada ao suicídio	Factores de risco associados
Perturbações do humor	<p>Transtorno afectivo bipolar, episódios depressivos, pert. Depressiva recorrente, pert, humor persistente (ciclotimia/distímia)</p> <p>Categorias F31 A F34 (CID-10)</p> <p>O suicídio é um factor de risco significativo na depressão não reconhecida e não tratada. A depressão tem uma prevalência elevada na população e não é reconhecida por muitos como uma doença. Estima-se que 30% dos pacientes vistos por um médico sofram de depressão. Aproximadamente 60% daqueles que procuram tratamento inicialmente procuram um clínico geral</p>
Alcoolismo	<p>O abuso e dependência de álcool é um diagnóstico frequente em sujeitos que cometem o suicídio, principalmente em sujeitos jovens. São factores específicos associados com maior risco: início precoce do alcoolismo, história crónica de alcoolismo, alto nível de dependência, humor depressivo, saúde física precária, desempenho no trabalho, história familiar de alcoolismo, eventos disruptivos recentes ou perda de uma relação interpessoal importante</p>
Esquizofrenia	<p>Suicídio é a maior causa de morte prematura entre sujeitos que sofrem de esquizofrenia. São factores de risco específicos: sexo masculino. Jovem, desempregado, recaída recorrentes, medo de deterioração, especialmente naquelas com altas habilidades intelectuais; sintomas positivos – desconfiança e delírios; sintomas depressivos. O risco aumenta nas seguintes épocas: estágios precoces da doença; recaída precoce; recuperação precoce.</p>
Perturbações da personalidade	<p>Prevalência de 20 a 50%. Os transtornos mais associados ao suicídio são: personalidade borderline e anti-social. Personalidade histriónica e narcísica e certos traços psicológicos como impulsividade e agressividade, também associam-se ao suicídio.</p>
Perturbações de ansiedade	<p>A perturbação de pânico é frequentemente associada com o suicídio, seguido da perturbação obsessivo-compulsivo. A perturbação somatoforme e as perturbações alimentares (anorexia nervosa e bulimia) também relacionam-se a comportamentos suicidas.</p>
Doenças neurológicas	<p>A epilepsia tem sido associada com risco aumentado de suicídio. O aumento tem sido atribuído à impulsividade, agressividade e limitações crónicas associadas à epilepsia. Lesões medulares e cerebrais também aumentam o risco de suicídio. Estudos recentes mostraram que depois de um AVC – particularmente na presença de lesões posteriores, que causam maiores limitações e prejuízos físicos – 19% dos pacientes são depressivos e suicidas</p>
Neoplasias	<p>O risco de suicídio é mais alto no momento do diagnóstico e nos primeiros dois anos da doença terminal, com aumento do risco no caso de tumores malignos progressivos. A dor é um factor que contribuí significativamente para o suicídio.</p>
HIV	<p>A infecção pelo HIV e a AIDS representam um risco maior em indivíduos jovens. O risco aumenta na altura da confirmação do diagnóstico e nos estágios precoces da doença. Usuários de drogas endovenosas estão em risco ainda mais elevado.</p>

Alguma literatura tem referido que o risco de suicídio é dado para além dos factores de natureza clínica, também por indicadores de natureza sociodemográfica e até genética (Bertolote, 2010).

Destes, pode-se distinguir entre a) factores predisponentes - remotos, distais, que criam o terreno no qual eclodem os comportamentos suicidas, os b) factores precipitantes – proximais, que os desencadeiam, os quais são chamados também de stressores associados ao risco de comportamentos suicidas (Batty GD et al., (2010). Estes factores precipitantes de comportamentos suicidas estão associados a uma série de situações que implicam perdas, reais ou simbólicas, ou mudanças de status, no geral, para pior.

A presença de uma perturbação mental é considerada um dos mais importantes factores de risco para o suicídio. Em geral, admite-se que 90% a 98% das pessoas que se suicidaram têm uma perturbação mental por ocasião do suicídio (Bertolote, 2010).

As perturbações do Humor, em especial os estados depressivos, representam o diagnóstico mais frequente entre os sujeitos com perturbação mental que cometeram o suicídio (Wasserman, 2001).

Na perspectiva da OMS, o diagnóstico de perturbação do humor pode ser feito entre 20,8% e 35,8% dos suicídios fatais. A comorbilidade de perturbações do humor com perturbações por uso de substâncias (na prática, depressão e alcoolismo) é a mais frequente.

No que diz respeito aos factores de protecção para os comportamentos suicidas, os autores (Bertolote, 2010) realçam que a maioria das propostas preventivas baseiam-se na identificação de factores de risco, pelo facto de existirem poucos dados referentes aos factores predisponentes. O pouco que se sabe, ou que se supõe, é derivado do conhecimento obtido em outras áreas, como a saúde em geral e da saúde mental em particular.

Bertolote et al, (2004) realçam que os factores como alojamento seguro, segurança em geral, boa alimentação e períodos adequados de repouso contribuem para a

consolidação da saúde e reduzem, igualmente, o impacto dos factores adversos, como stress ou a presença de doenças mentais. Contudo, desconhece-se o papel específico destes factores em relação aos comportamentos suicidas.

No entanto, Mann J., & Arango V. (2005) chamam a atenção para o facto de que nenhum destes factores isolados possui força suficiente para provocar ou prevenir um comportamento suicida, e que, na realidade, é a sua combinação que leva à crise que resulta nesse comportamento. Os autores descrevem ainda o processo suicida como uma diátese, ou predisposição, a partir de uma complexa inter-relação de factores socioculturais, vivências traumáticas, história psiquiátrica e vulnerabilidade genética.

Um estudo de Rodriguez et al, (2012) mostra que as perturbações mentais estiveram associadas com a percepção de incapacidade e ideação suicida, sendo esta última relacionada em particular com a depressão.

A OMS (2006, p.342) refere que a doença mental constitui o factor mais importante que predispõe ao comportamento suicida. Sujeitos afectados por perturbações mentais apresentam um risco de suicídio dez vezes maior que àqueles que não sofrem de nenhuma perturbação ou doença mental.

Na maioria dos países ocidentais, cerca de 90% das pessoas que morreram por suicídio sofriam de perturbações mentais. Em alguns países asiáticos, incluindo China, a proporção de suicidas que apresentam problemas mentais é menor, mas está assente que os problemas mentais jogam um papel importante nos comportamentos suicidas. A depressão, perturbação bipolar, abuso e dependência de substâncias, a esquizofrenia estão mais susceptíveis de associação com os suicídios e tentativas de suicídio.

SUICÍDIO, TENTATIVAS DE SUICÍDIO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Um número razoável de sujeitos que cometem o suicídio fazem-no sem nunca antes terem sido observados por um profissional de saúde mental. Deste modo, o melhoramento dos mecanismos de detecção precoce, encaminhamento e manejo das perturbações

na atenção primária, são passos considerados importantes na prevenção do suicídio e diminuição do estigma associado.

“...Stigma related to chronic health conditions such as HIV/AIDS, leprosy, tuberculosis, mental illness and epilepsy is a global phenomenon with severe impact on individual and their families, and on the effectiveness of public health program” (Win H. Van Brakel, 2006, p. 307.)

Entretanto, a pesquisa também sugere que entre 40 e 60% das pessoas que cometem o suicídio consultaram um médico no mês anterior ao suicídio; destes a maioria foi a um clínico geral, e não a um psiquiatra. Em países nos quais os serviços de saúde mental ainda não estão suficientemente bem organizados, a proporção de pessoas em crises suicidas que consultam um clínico geral é provavelmente maior (OMS, 2000, p.3).

É inegável o impacto que os problemas de saúde mental, incluindo as tentativas de suicídio suscita aos profissionais de saúde, desde comportamentos de aversão, fuga e outros que não conseguem disfarçar a carga cultural e social que os contagia e os impede de poderem dar uma resposta clínica isenta e eficaz.

A OMS (2000) alerta para o facto de que o suicídio de um paciente poder desencadear no profissional, sentimentos de inadequação profissional, dúvidas sobre a própria competência e medo de perder a reputação. O profissional sente-se, frequentemente, entre dois pólos: de um lado, deve respeitar os sentimentos da pessoa, incluindo seu desejo de morte, ou sua ambivalência entre viver e morrer; de outro, exercer a função assistencial, a qual jurou realizar.

Segundo Bertolote (2010), as tentativas de suicídio ou ideação suicida impõe aos prestadores de cuidados de saúde sentimentos muito difusos que podem tentar conduzir o paciente para algo que realmente acreditam ou vá de acordo com as suas crenças, uma ideologia, uma fé. No entanto, é exigido que se separe estas crenças, sentimentos ou desejos, sem as negar, algo que acarreta algum sofrimento e apenas possível com treinamento e supervisão constante.

É um facto que a definição dos aspectos essenciais que caracterizam as manifestações psiquiátricas que poderiam ser categorizadas como emergência, bem como as especificidades dos serviços destinados a esse tipo de atendimento,

não é uma tarefa simples, havendo falta de concordância entre as diferentes conceptualizações e dificuldade de estabelecer definições precisas. Além disso, a distinção entre urgência e emergência adoptada para a medicina geral parece ser de pouca utilidade para a área da saúde mental, prática psiquiátrica e psicológica.

De acordo com Barros (2010) emergências psiquiátricas podem ser caracterizadas como uma condição em que há uma perturbação de pensamento, emoções ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, objectivando evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do sujeito ou eliminar possíveis riscos à sua vida ou à de outros, mas também podem ser definidas como: *“qualquer alteração de comportamento que não pode ser manejada de maneira rápida e adequada pelos serviços de saúde, sociais ou judiciais existentes na comunidade”* (Hillard, 1994, p.72). Esta última definição sugere que as emergências em psiquiatria não são função exclusiva de uma determinada alteração psicopatológica, mas também do sistema de serviços oferecidos por uma determinada região, na qual o indivíduo está inserido.

A implementação deste tipo de serviço, envolvendo os médicos de clínica geral em países de baixa e média renda, deve ter em conta a dinâmica de toda uma rede de serviços de saúde. A pouca disponibilidade de camas para o internamento psiquiátrico nos hospitais gerais, a inexistência e inoperância de serviços extra-hospitalares podem aumentar a demanda nos serviços de emergência, pois o acesso ao sistema de saúde pode ocorrer prioritariamente pelos serviços de emergência, devido à maior facilidade de acesso nestas unidades. Por sua vez a demanda excessiva pode levar a uma maior rotatividade de pacientes nos serviços de emergência, provocando erros de diagnóstico, excesso de encaminhamento para internamento integral (Barros, 2010).

Ao nível do atendimento nas emergências nas unidades hospitalares em Moçambique, muitas vezes a estrutura física e a preparação das equipas médicas para enfrentar este e outros casos de saúde mental é débil e longe das condições ideais, como por exemplo, a existência de enfermarias que misturam pacientes suicidas e pacientes clínicos.

Entretanto, estudos do Brasil (Lipsitt, 2003) chamam-nos atenção para os obstáculos existentes para a implementação destas estratégias e serviços que podem passar pela natural resistência dos gestores dos hospitais e equipas médicas.

Os serviços de emergência psiquiátrica ligados aos hospitais gerais seriam os mais adaptados à realidade de países como Moçambique, incorporando esta proposta de tratamento mais amplo, mantendo um direccionamento baseado em evidências para os cuidados de saúde, pois avaliam e buscam o manejo de comorbilidades clínicas, além das perturbações psiquiátricas primárias (Lipowski, 1987). Os serviços de psiquiatria e saúde mental, incluindo emergências nos hospitais gerais são serviços de escolha para o encaminhamento de casos que necessitem de um melhor suporte clínico e cirúrgico, como síndromes de abstinência alcoólica, tentativas de suicídio (Souminen & Lonnqvist, 2006), estados confusionais agudos, além de pacientes psiquiátricos acometidos por doenças clínicas e cirúrgicas que necessitem de retaguarda de unidades de tratamento semi-intensivo ou intensivo (Abiodan, 2000).

Segundo Barros (2010), idealmente, uma rede de saúde mental estruturada deverá ter serviços de emergência psiquiátrica e unidades de internamento psiquiátrico em hospitais gerais conjugadas, preferencialmente na mesma unidade hospitalar. Mazeth et al. (2003) salientam que esta relação pode individualizar o tratamento oferecido aos pacientes, como por exemplo, priorizar o pronto atendimento de casos de primeiro surto psicótico, evitando-se as sequelas de uma duração prolongada entre o início do surto e o início do tratamento.

ESTUDOS E DADOS DE MOÇAMBIQUE: Em Moçambique foram registados 119 casos de tentativas de suicídio em 2012 (MISAU - Relatório Anual do Departamento de Saúde Mental, 2012). Entretanto, os registos nacionais não são confiáveis quanto aos suicídios e tentativas de suicídio, em virtude de não existirem registos sistemáticos e rigorosos, mas também, acredita-se que muitos dos casos são subnotificados nas unidades sanitárias e outros perdem-se na própria comunidade.

De acordo com a OMS(2014), Moçambique registou em 2012 a taxa mais elevada de suicídio do continente africano - 27.4/100.000 habitantes.

Do estudo realizado pelo serviço de medicina legal do HCM (Ceita V, 2012), os métodos de suicídio mais usados foram: enforcamento (604), intoxicações (104), precipitações (20). Sendo que a tabela 2 abaixo ilustra a distribuição dos suicídios por faixa etária.

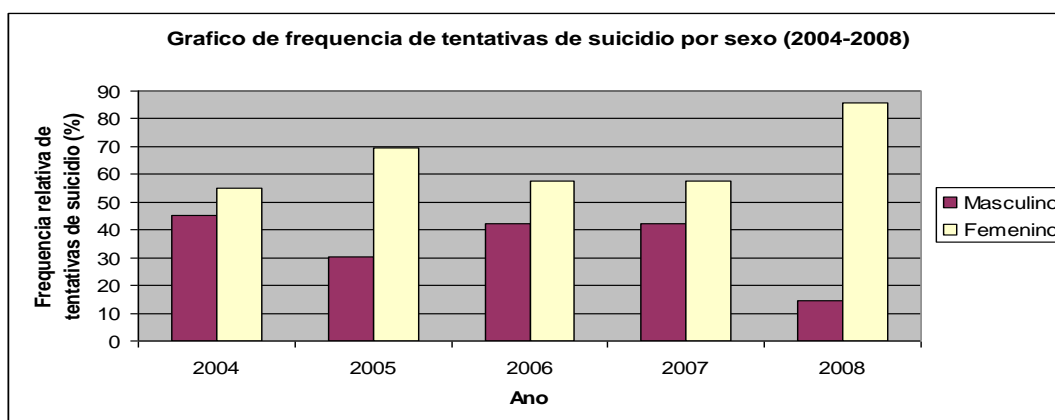
Tabela 2: Suicídios por Idades no Serviço de Medicina Legal em Moçambique

Faixas etárias	Percentagem	Números reais
10 - 14	1 %	7
15 - 19	8 %	70
20 - 24	15 %	132
25 - 29	16 %	141
30 - 34	12 %	103
35 - 39	12 %	108
40 - 44	9 %	83
45 - 49	9 %	76
50 - 54	6 %	52
55 - 59	4 %	33
60 - 64	2 %	19
> 65	8 %	69
Total	100%	893

Fonte: HCM – Serviço de Medicina Legal, 2014.

O estudo da medicina legal com base nas autópsias e o presente levantamento, estão em sintonia com os estudos a nível internacional que realçam que as mulheres fazem mais tentativas e os homens cometem mais suicídios conforme se pode verificar no gráfico 4.

Gráfico 4: frequência de tentativas de suicídio por sexo (2004-2008)



Fonte: Livros de registo HCM-Enfermaria de Psiquiatria (2004-2008)

Entretanto, a subnotificação dos casos de tentativas de suicidas e até suicídios é uma realidade. Face a inexistência de um sistema de vigilância harmonizado no país fazem com que estas mortes sejam classificadas com imprecisões, como não intencionais ou acidentais, e outros ficam perdidos nas estatísticas de outras doenças e situações como intoxicações e talvez homicídios.

Um estudo descritivo de Mapengo (2006) sobre os factores psico-sociais relacionados com a tentativa de suicídio em adolescentes: caso do Hospital Central de Maputo, mostra alguns resultados concordantes com a literatura sobre o tema.

Mapengo (2006) salienta que dos 33 adolescentes do estudo, 1 (3%) não aceitou ser internado, outros 3 (9%) pediram alta logo no dia seguinte “*para evitar que as famílias mais próximas ou vizinhas saibam que eles tentaram pôr termo à própria vida*” (p.57) o que reforça a ideia de que a temática de suicídio e das doenças mentais continua a ser um tabu, do qual as pessoas têm medo de abordar.

De acordo com os últimos dados dos Relatórios do Departamento de Saúde Mental (MISAU, 2014), recolhidos com base nos relatórios provinciais (dados recolhidos nas unidades sanitárias), o número de tentativas de suicídio nos anos 2012 e 2013 é de 584 a nível nacional (Vide tabela 3).

Tabela 3: Tentativas de Suicídio (2012 e 2013)

Províncias	2012			2013		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
Map Prov	3	0	3	1	15	16
Map Cid	8	39	47	0	0	0
Gaza	0	0	0	0	0	0
I'bane	1	5	6	3	8	11
Sofala	0	0	0	1	18	19
Manica	26	32	58	260	255	515
Tete	0	0	0	4	1	5
Z'bezia	0	0	0	0	0	0
Nampula	0	0	0	4	3	7
Niassa	0	0	0	0	0	0
C.Delgado	0	0	0	6	5	11
TOTAL	38	76	114	279	305	584

Fonte: Relatório do DSM (MISAU, 2014)

Pelos dados acima descritos a província de Manica, província do centro de Moçambique apresenta números elevados no que concerne às tentativas de suicídio comparativamente às restantes províncias, sendo que Maputo cidade aparece logo a seguir.

Os dados de casos de tentativas de suicídio só começaram a constar nas estatísticas do relatório do Departamento de Saúde Mental em 2013. Acreditando-se que a subnotificação e desinteresse no registo dos mesmos é o factor fundamental. Acreditamos que a subnotificação dos suicídios e tentativas de suicídio, oculta a verdadeira dimensão do fenómeno em Moçambique.

2.1.2 ESTIGMA

CONCEITO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA: A palavra estigma está relacionada ao conceito de marca, sinal distintivo ou impressão (Calderelli, 1972; Chaplin, 1981; Cabral e Eva Nick, 1986). Historicamente, o termo estigma foi criado pelos gregos *“para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mal sobre o status moral de quem a apresentava”* (Goffman, 1988, p. 11). A pessoa estigmatizada era aquela marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos (Goffman, 1988).

Guimarães & Ferraz (2002) afirmam que a essência do estigma é a construção da atribuição do desvio, distanciamento do ideal ou das expectativas sociais. O estigma é também considerado como uma forma poderosa que muda, de maneira radical, o modo como os indivíduos vêem a si mesmos e como são vistos por outros indivíduos. O estigmatizado tende a ter as mesmas crenças sobre identidade que os *normais* têm (Goffman, 1988). O indivíduo estigmatizado introjecta para si as características negativas relativas à sua condição, num fenómeno nomeado por Corrigan e Lundin (2001) de auto-estigma.

A questão da aversão, medo e ignorância em relação aos problemas relacionados com a Saúde Mental e da “loucura”, é relatada desde os primórdios da civilização, onde os sujeitos tidos como “alienados, loucos”, eram abandonados, sujeitos a tratamento desumano e que na perspectiva de Rodrigues (2001), eram abandonados à sua própria sorte, para morrer de fome ou por ataque de animais.

Ainda nos dias de hoje, os sujeitos com problemas de Saúde Mental ainda são percebidas com preconceito e medo. O facto de os sujeitos que sofrem de perturbações mentais apresentarem atitudes e comportamentos fora do padrão considerado normal pela sociedade (critério estatístico), muitas vezes resulta na sua exclusão, sofrimento causado pela incompreensão da sociedade, família e até as instituições como a educação e saúde que deveriam zelar por eles.

Com a evolução da civilização e, principalmente com o avanço em termos de estudos e pesquisas na área da saúde, no geral e da saúde mental, especificamente,

pode-se verificar algumas mudanças no modo como a doença mental, o suicídio e tentativas de suicídio são tratados a nível social e clínico, com tendência a ser analisadas em todo o seu contexto social, biológico, psicológico, cultural e espiritual.

Já no Século XVIII, Pinel trouxe um novo entendimento sobre a patologia mental que passou a ser considerado uma perturbação do sistema nervoso e a partir daí recebeu a denominação de doença que precisava de ser estudada. Paradoxalmente, manteve-se a exclusão e isolamento, pois acreditava-se que esse seria o tratamento necessário do sujeito com doença mental, porque se tinha a concepção de que a família e a sociedade eram estímulos negativos (Pereira et al., 1998).

Até ao século XIX os sujeitos com perturbações mentais já eram tratados nos hospitais gerais. Na perspectiva de Blame (2000), o estigma é definido como uma marca de vergonha ou desgraça associada a uma circunstância particular, a qualidade ou a pessoa. Assim, na sua perspectiva existem dois tipos de estigma: o público e o individual ou pessoal.

O estigma Público seria a percepção realizada pelo grupo ou sociedade no geral de que um sujeito ou indivíduo é socialmente inaceitável. O estigma individual ou pessoal é a redução de um indivíduo e sua auto-estima que se pensa ser devido à internalização de mensagens externas negativas expressas pela sociedade. Por exemplo, para os sujeitos que procuram os serviços de saúde mental, podem perceber-se como inferiores, inadequados ou fracos (Corrigan, 2000) na sequência da influência do estigma público.

Alguns estudos (Link e Phelan, 2001) que procuraram estabelecer uma relação entre o estigma público e o individual, concluíram que o estigma público estava positivamente associado ao estigma pessoal/individual e que as pessoas podiam interiorizar as percepções negativas ao lidar com problemas de saúde mental.

De facto, alguns estudos (Vogel et al. 2006) evidenciam que, de facto, o estigma público é um significativo predictor do estigma pessoal futuro, e o estigma pessoal/individual não é um predictor significativo do estigma público. Estes aspectos podem reforçar a ideia de que as crenças culturais erróneas e o estigma público são um factor importante para a internalização de ideias, atitudes e

percepções negativas e que influenciam grandemente aos sujeitos, famílias, serviços de saúde.

Estas constatações sugerem, por outro lado a importância de intervenções sociais e comunitárias para a prevenção e reversão dos efeitos negativos da internalização do estigma.

Um outro aspecto realçado por alguns autores, refere-se ao facto de visões negativas e estereotipadas sobre os sujeitos com doença mental poderem favorecer a emergência de percepções negativas que por sua vez levam ao desenvolvimento de atitudes negativas, ao estigma e à discriminação.

Modelo de estigma e discriminação proposto por L. Jacobson



ESTIGMA E IDENTIDADE SOCIAL: Gottman (2004) postula que o termo “estigma” foi criado pelos gregos para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era escravo, um criminoso ou traidor, uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos.

Posteriormente, já na era cristã, acrescentaram-se ao termo “*estigma*”, dois níveis de metáfora: referentes aos sinais corporais de graça divina que tomava a forma de flores em erupção sobre a pele; e outro, uma alusão médica a essa alusão religiosa, portanto, a sinais corporais de distúrbio físico.

Actualmente, o termo é amplamente usado de maneira mais ou menos semelhante ao sentido literal original, mas aplicado a própria desgraça do que à sua evidência corporal (Gottman, 2004).

Na perspectiva de Gottman (2004) a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Neste âmbito, o termo “*estigma*” é usado em referência a um atributo profundamente depreciativo.

Os exemplos de situações de estigma podem ser testemunhados quando através de um aspecto considerado negativo, uma pessoa atribui atributos depreciativos (pessoa má, perigosa ou fraca) a outra. Deste modo, deixamos de considerá-lo uma criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída – tais características são consideradas estigma, principalmente se o efeito do descrédito for ainda maior.

Goffman (2004, P.7) menciona três tipos de Estigma: a) quando há abominações do corpo (as várias deformidades físicas); b) as culpas de carácter individual (percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, portanto inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, perturbação mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical; c) Estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família.

Em alguns casos extremos, as pessoas acreditam que alguém com um estigma não seja completamente humano e com base nisso, cometem-se vários tipos de atitudes nitidamente discriminatórias e, muitas vezes de forma automática e sem pensar, reduzem-se as oportunidades de vida, constroem-se teorias do estigma; ideologias para explicar a inferioridade dos outros e realçar o perigo que os mesmos representam.

Tende-se a inferir uma série de imperfeições a partir da imperfeição original percebida e ao mesmo tempo imputar ao interessado alguns atributos desejáveis mas não desejados, frequentemente de aspecto sobrenatural, tais como “sexto sentido”, “especiais” ou mesmo “percepção”.

Uma das consequências imediatas para os sujeitos que sofrem de estigma é a vergonha. Esta aparece quando o sujeito percebe e interioriza a imagem atribuída pelos outros, isto é, pode sentir-se impuro, inadequado e inútil.

Em alguns casos, a literatura mostra que o indivíduo estigmatizado pode, também tentar corrigir a sua condição de forma indirecta, através do investimento em áreas de actividade consideradas, geralmente, como fechadas, por motivos físicos e circunstanciais, a pessoas com o seu “problema ou defeito”.

ESTIGMA E FATORES SÓCIO- DEMOGRÁFICOS: Anglin et al. (2006) constataram que existem diferenças raciais em relação às atitudes estigmatizantes em relação a pessoas com perturbações mentais. No estudo, os afro-americanos mais do que os caucasianos acreditavam que os indivíduos com doenças mentais são violentos. Entretanto essa crença não os influencia a incutir culpa e punição para os pacientes. Os autores confirmaram que a profissão, frequência de contacto com pessoas com perturbações mentais, o nível de literacia em saúde mental, a própria experiência pessoal, nível de educação, factores relacionados com a cultura, género e idade são os factores mais relevantes que influenciam a percepção das pessoas que sofrem de transtornos mentais (Dyduch e Grzywa, 2009).

CULTURA E ESTIGMA: Se nos parece que existem alguns factores culturais e de estrutura social que permitem maior contenção e uma vida em comunidade rica em interacção e apoio, há também situações relacionadas com a interpretação do fenómeno que se revelam negativas. Algumas crenças alimentam a ideia de que o sujeito que comete o suicídio não merece, por exemplo, uma atenção e funeral condigno. Para os casos de jovens que fazem tentativas de suicídio, em alguns casos estes são sujeitos a medidas “punitivas e correctivas” que passam por castigos, agressão física e isolamento.

Gottman (2004) refere que há mais de uma década vêm sendo apresentados alguns trabalhos sobre o estigma – a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena.

O estigma provoca aumento do isolamento social, oportunidades de vida limitadas, e diminui o acesso ao tratamento (Link, 1982; Fink, 1992; Rosenfeld, 1997). O estigma está associado, por exemplo, a falta de funcionamento social (situação de emprego e habitação) (Corrigan, 1998), dificuldade na obtenção de cuidados médicos gerais (Liggins, 2005), dificuldade para conseguir a recuperação de uma doença mental (Corrigan, 2003).

Os factores socioculturais podem se traduzir em risco acentuado. A forma como a sociedade percebe o suicídio tem enorme impacto na prevenção. Há um estigma social que perpetua o desconhecimento e o medo. Em algumas culturas, ou grupos religiosos, o suicídio pode ser tolerado num contexto específico, tal como suicídios em defesa da honra do próprio ou da sua família.

ESTIGMA E DOENÇA MENTAL: Falamos de estigma quando alguém julga outra pessoa com base numa característica pessoal ou psicológica. Infelizmente esta é tida como uma experiência comum para as pessoas que vivem com uma perturbação ou doença mental. Neste caso, o estigma pode ser directo, óbvio, por exemplo quando alguém faz uma apreciação negativa sobre o sujeito, sua doença e/ou tratamento. Mas também pode se manifestar de forma subtil, indirecta, através de suposições e atribuições desfavoráveis (por exemplo, instável, perigoso) baseadas apenas na condição de saúde do sujeito, e neste caso o sujeito pode julgar-se a si mesmo com tais atributos negativos.

Palavras como *“louco... maluco... psicopata, doido...”* são alguns exemplos de palavras que alimentam e mantêm o estigma em relação às perturbações mentais e que têm um potencial de ferir os sujeitos de forma directa e indirecta (David & Offort, 1999).

No passado, os hospitais psiquiátricos foram encerrados, alegadamente, devido ao estigma relacionado com as doenças mentais. Sujeitos com doença mental foram retirados dos hospitais para as comunidades por vários períodos e sofreram o estigma de forma contínua.

Actualmente, há um grande movimento e reformas mais estruturadas com vista a diminuir o estigma, falsas crenças relacionadas com a doença e sujeitos que sofrem de doença mental.

Um estudo de Alexandre Andrade Loch (2012, p. 186) ao nível do sistema público de saúde mental de São Paulo, no Brasil, concluiu que o estigma da família em relação à doença mental pode contribuir para o aumento na frequência de readmissões de seus familiares portadores de perturbações mentais. Entretanto, o estudo também chama a atenção para a *“necessidade de se realizarem mais estudos que possam demonstrar quais os mecanismos pelos quais o estigma aumenta a frequência de re-hospitalizações”*, e também a influência do estigma no tempo de re-hospitalizações.

O estigma também se reflecte na própria cultura da necessidade de internamento psiquiátrico para qualquer caso que surja e que envolva alteração do comportamento ou sofrimento humano, o que acarreta entraves de âmbito social, familiar e assistencial que interferem no alcance à inserção de sujeitos com perturbações mentais na comunidade e nos contextos hospitalares.

A estigmatização das doenças mentais é generalizada, por exemplo na Ásia (Lauber & Rössler, 2007). As doenças mentais são muitas vezes percebidas com alguns estereótipos, associadas ao potencial para o comportamento violento, problema comunicação, e um comportamento imprevisível pelas pessoas afectadas. As pessoas da comunidade revelam sentimentos de medo em relação às pessoas com doença mental, seja tratada ou não. As pessoas com perturbações mentais são muitas vezes socialmente rejeitadas por conta de atribuições sobre as causas da doença e percepção de incontrolabilidade e perigosidade (Corrigan et al., 2003a).

Equívocos entre as pessoas vão desde a atribuição de doenças mentais para a possessão demoníaca de culpar as vítimas para os seus problemas (Tasman e Mohr, 2011). Os transtornos mentais evocam medo, raiva, reacções emocionais devido ao preconceito e estigma, todos baseados em mal-entendido dessas condições. O estigma actua como uma das principais barreiras para que os sujeitos que sofram de perturbação mental possam aceder ao tratamento, moradia adequada e emprego.

Estereótipos, preconceitos e a discriminação são os três componentes do estigma público. Estereótipos comuns incluem a pensar os sujeitos com perturbação mental como perigosos e responsáveis por sua condição (Brockington et al., 1993; Farina, 1998; Ligação et al., 1999). As pessoas preconceituosas endossam os estereótipos negativos e desenvolvem reacções emocionais negativas.

A discriminação ocorre quando as pessoas se comportam de acordo com o preconceito em relação a alguns grupos minoritários e podem causar danos a membros desse grupo (Crocker et al., 1998). A discriminação pode ocorrer nas formas de coerção, segregação, exclusão, comportamento hostil, de retenção na fonte de ajuda e de evitação. Tudo isso funciona como uma barreira para a implementação de serviços de saúde mental adequados.

Os efeitos colaterais de algumas das drogas usadas para tratar transtornos mentais podem fazer os pacientes se distinguir dos outros, o que também contribui para a estigmatização (Sartorius, 2002) em diferentes subgrupos da população em geral e perpetua a atitude desfavorável perante o sujeito com doença mental (Angermeyer et al., 2006). O rótulo de “*ter tentado matar-se*” leva à atenção dos familiares, sociedade e técnicos de saúde, que por sua vez conduz a atitudes de discriminação e dificulta o tratamento mesmo nos profissionais como médicos clínicos gerais que supostamente possuem alguma informação e formação sobre as temáticas da saúde mental e sobre os fenómenos do suicídio e tentativas de suicídio.

O suicídio e tentativas de suicídio têm um impacto bio-psico-social na vida das pessoas devido ao estigma e discriminação a que são sujeitos, incluindo à própria família, impossibilitando um tratamento eficaz.

As superstições e a falta de informação dificultam a relação da comunidade com os sujeitos que fazem tentativas de suicídio. Na comunidade, o suicídio e tentativas de suicídio são vistas como doenças causadas pelos espíritos e interpretadas como fenómeno sobrenatural, limitando o acesso ao tratamento.

A falta de informação é um dos factores que mais contribui para o estigma em relação a doença mental. Assim, surgem as crenças erróneas, percepções sociais de que se trata de doenças contagiosas, proveniente de demónios, magia negra

(Yacubian, 2000). Estas crenças são transmitidas culturalmente de geração para geração, contribuindo para a alimentação do estigma.

O estigma da doença mental, entendido como um constructo multifacetado que inclui pouco conhecimento, preconceito, discriminação e rotulagem negativa, representa um dos maiores obstáculos para as pessoas com doença mental e famílias, causando entraves ao pedido de ajuda e comprometendo a intervenção dos serviços de prevenção do suicídio, incluindo o aconselhamento e a pós-venção. O estigma existe para os sobreviventes (amigos ou familiares de alguém que se suicida e que por via disso sofre a sua perda) e para os indivíduos que protagonizam actos suicidas.

A diminuição do estigma na área da suicidologia pode beneficiar da sua integração em processos globais de combate ao estigma da doença mental, onde a abordagem aos comportamentos auto lesivos e actos suicidas deverá ser então incluída, principalmente num contexto de sistema de saúde já fraco.

A OMS (2000) aponta para o facto de as perturbações mentais serem fortemente estigmatizadas no mundo, mas principalmente nos países em vias de desenvolvimento, particularmente pelo facto de serem consideradas doenças contagiosas, conduzindo a um isolamento social daqueles que dela padecem.

Factores como o estigma, a violação dos direitos humanos e a descriminação contribuem para agravar os sintomas e exacerbar os danos psicológicos ao nível individual e familiar (Rodriguez, 2012). Como consequência grave destas perturbações, 10 a 20 milhões de pessoas fazem tentativas de suicídio em cada ano, dos quais 1 milhão comete mesmo o suicídio (5-10%). (WHO, 2004)

A doença mental é com frequência relacionada com o mendigo que deambula pelas ruas, que fala sozinho, com o homicida “louco” dos filmes. Palavras como “esquizo”, “maluco”, “Psicopata” e “maníaco”, são vulgarmente utilizadas na linguagem do senso comum e do dia-a-dia.

O estigma relacionado com alguém que tenha uma doença mental é inegável e as consequências negativas para o sujeito. Este preconceito isola o sujeito em relação aos outros, como se fosse alguém marcado pelo passado de doença. O uso do rótulo

“doente mental” para designar sujeitos com doença mental pode tornar-se estigmatizante para as pessoas, como se fizessem parte de um grupo indesejável, subentendendo-se que serão sempre “doentes mentais”, e recusando-lhes o direito de serem considerados cidadãos como os outros.

A reforma psiquiátrica é um processo em construção, cujo conceito chave é a desinstitucionalização. Acredita-se que este modelo ajude a diminuir o estigma e permite que o sujeito com doença mental seja tratado o mais próximo possível da sua família e comunidade.

Entretando, autores como Kellida (2012), chamam a atenção de que a actuação na perspectiva da reabilitação psicossocial exige uma necessidade constante de se repensar as práticas, para articular as mudanças necessárias no âmbito assistencial para que o processo de desinstitucionalização ocorra de forma adequada.

O estigma em relação à doença mental e ao sujeito com perturbação mental manifesta-se e reforça-se pela interdição de relacionamentos pessoais satisfatórios, falta de assistência social, falta de assistência humana básica e excessiva medicalização. Os recursos terapêuticos têm um efeito ou função perversa: ao invés de tratar, buscavam punir, e muitas vezes tentavam mascarar os danos sociais por meio de uso de medicamentos sedativos, mantendo o doente na sua posição de passividade (Moraes, 2008).

O desenvolvimento de movimentos que culminaram com a reforma psiquiátrica em muitas partes do mundo teve como principal objectivo o de evitar que os sujeitos com perturbação mental fossem privados de seus laços afectivos devido aos internamentos psiquiátricos e com a finalidade de se prestar uma assistência mais humanizada possível. Entretanto, a forma e o radicalismo que foram feitos, nem sempre surtiram os efeitos desejados.

Como foi enfatizado por vários estudos de caso que abordam a questão do estigma e a discriminação, embora no contexto do HIV e SIDA (Accord, 2004), uma resposta exaustiva é necessária para abordar as causas complexas e as consequências multidimensionais do estigma e da discriminação. São necessárias leis que protejam os direitos de pessoas vivendo com perturbação mental, mas estas devem ser

apoiadas por outras medidas, tais como o fornecimento de informação não viciada e fidedigna para dissipar muitos mitos e estereótipos ligados às tentativas de suicídios, suicídios e doença mental; o maior envolvimento de pessoas que sofrem de perturbação, incluindo suas famílias na elaboração e implementação de respostas a todos os níveis; apoio para as associações de pessoas vivendo com a perturbação mental para promover a solidariedade e ajuda mútua; formação para os profissionais da área da saúde, incluindo médicos de clínica geral e, investimento em serviços baseados na comunidade para fornecer atendimento a doentes crónicos, em crise, cuidados domiciliários para os pacientes e suas famílias; aumento do acesso ao tratamento, e outros serviços.

Alguns estudos como os de Thornicroft et al. (1992) demonstraram que a integração dos sujeitos com perturbação mental nas unidades comunitárias teve um efeito positivo na condição clínica dos pacientes.

Thornicroft (2011) evidencia que houve redução do estigma em relação a estes doentes, e chama a atenção para a necessidade de se conceberem campanhas agressivas anti-estigma em relação à doença mental.

Nas últimas décadas, tem sido demonstrado que a criação de alternativas de tratamento em saúde mental que evitem a permanência dos pacientes por longos períodos em hospitais psiquiátricos exige, paralelamente à criação de uma rede de serviços que visa, na medida do possível, realizar o manejo do paciente psiquiátrico em contexto extra-hospitalar, como centros de atenção psicossocial, ambulatórios especializados e serviços de atenção primária. Igualmente, fazem parte destas alternativas à hospitalização longa em leitos de hospitais psiquiátricos: a implantação de serviços de internamento parcial, como hospitais dia; a instalação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; e a ampliação das funções dos serviços de emergência psiquiátricas para o manejo dos pacientes em crise (Thornicroft et al., 2010) incluindo à ideação suicida e tentativas de suicídio.

ESTIGMA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Autores como Sartorius (2002) e Tasman e Mohr (2011) revelam que o estigma não se limita a população em geral, mas abarca também os profissionais (estigma profissional). Diferentes aspectos do

estigma parecem ser influenciados pela experiência pessoal ou familiar de doença mental, atitudes parentais, entre outros.

A teoria de rotulagem (Scheff, 1966) propõe que, quando sabemos que alguém tem distúrbios psiquiátricos, como a esquizofrenia, esta rotulagem activa estereótipos de doença mental aprendidas anteriormente (da família e dos amigos, dos meios de comunicação) e responde de acordo, seja para a pessoa afectada, membro da família ou no tratamento profissional. O rótulo influencia a forma como as pessoas respondem e interagem com os sujeitos com perturbação mental e a forma como estes sujeitos reagem perante estas atitudes.

A formação académica é tida como um dos pontos de enraizamento dessa cultura. Esta, para além de não privilegiar os conteúdos relevantes sobre psiquiatria e saúde mental, ausência ou insuficiência de actualizações e da educação permanente em matérias saúde mental, o contacto com os serviços de saúde mental é francamente baixo e a formação está focalizada no modelo centrado no hospital.

Muitos destes profissionais, incluindo médicos de clínica geral, experienciam, durante a formação, modos tradicionais de cuidar no hospital psiquiátrico, como a contenção mecânica e o uso abusivo de medicamentos, e sem acesso a práticas inovadoras de atenção nos modelos psicossociais de atenção à saúde mental, alicerçadas nos princípios da reforma psiquiátrica (Monteiro, 2006).

Postula-se que a realidade em termos de crenças tradicionais constitua um obstáculo para uma melhor e adequada assistência aos sujeitos com doenças mentais. A população em geral espera atitudes negativas generalizadas para com a psiquiatria (tratamento de “malucos”) como uma disciplina, os profissionais que tratam (psiquiatras, técnicos de psiquiatria e psicólogos) e estudantes de medicina são uma parte das escolas médicas, assim como eles também fazem parte da população e da comunidade em geral. No entanto, eles devem estar mais bem informados e com maior aceitação da doença mental (Ewbrudjakpor et al., 2009).

Entretanto, a grande constatação é de que eles também sofrem a influência do sistema de crenças comuns da população em geral e em alguns estudos foram

encontrados atitudes negativas semelhantes aos da população em geral (Balon et al., 1999; OMS, 2003; Lingeswaran, 2010).

Foi evidenciado (Sartorius, 2002; Magliano et al., 2012) que os profissionais de saúde, tal como o público em geral, podem ter atitudes negativas e estigma em relação às pessoas com perturbações mentais, podendo agir em conformidade, uma vez feito e conhecido o diagnóstico psiquiátrico. Outros estudos (Lawrie et al., 1998; Uçok et al., 2006) têm mostrado que os médicos podem endossar visões negativas estereotipadas sobre os sujeitos com doença mental.

Apesar de a quantidade de respondentes desta pesquisa ser relativamente pequena para o número de clínicos gerais do país (1.108), esta categoria de profissionais correspondem a um grupo de profissionais instruídos e, muitas vezes são “modelos” para os restantes profissionais pelo que exercem uma influência significativa sobre os outros (técnicos, enfermeiros, estudantes, serventes e pacientes), para além que estão presentes nas principais e mais importantes locais de entrada das várias perturbações mentais e do comportamento, tentativas de suicídio. Os profissionais de saúde não são imunes aos fenómenos, e como parte da população, também têm falsas crenças a respeito do comportamento suicida. Na perspectiva de Botega (2010) algumas das falsas crenças mais comuns inclui: o receio de estar a induzir ao erro se perguntar sobre as ideias de suicídio. Estes receios muitas vezes bloqueiam a capacidade de avaliação clínica e o primeiro passo para a prevenção do suicídio – a própria existência de risco de suicídio – não é aventado. Influenciados por atitudes negativas e por crenças erróneas, o profissional da saúde encontra dificuldades para compreender empaticamente o paciente, para avaliar de forma serena e eficaz, o risco de suicídio e, caso este se encontre presente, iniciar acções terapêuticas ou de encaminhamento para um melhor seguimento.

As crenças negativas relativamente a pacientes que fazem tentativas de suicídio podem, em vez de promover a empatia, instalar uma situação de dissonância afectiva que dificultará a tarefa clínica.

Estes aspectos tornam-se ainda mais relevantes na medida em que os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atendem às emergências, devem estar

preparados do ponto de vista técnico e humano para se depararem com as características que o paciente suicida normalmente apresenta (pensamentos com conteúdo de falta de esperança, desespero, desamparo).

É sabido que o desespero, seja na presença ou não de um transtorno depressivo, aumenta o risco de suicídio. Na avaliação do risco de suicídio, a presença, a persistência e o grau da desesperança devem ser avaliados

As crenças e, sobretudo o estigma dos profissionais da saúde em relação ao suicídio e à doença mental podem constituir um entrave grave na capacidade de manejo do paciente suicida. Sabemos que quando há risco iminente de suicídio, recomenda-se o internamento psiquiátrico, ainda que involuntário. Ora, esta têm sido uma das maiores dificuldades, por um lado inerente aos meios hospitalares, mas sobretudo devido, a resistência das famílias em aceder a ele.

A falta de familiaridade aumenta atitudes preconceituosas sobre a doença mental (Holmes et al., 1999; Ligação et al., 1986; Penn et al., 1994). Pessoas que estão familiarizadas com a doença mental por ter contacto com pacientes com doença mental muitas vezes são menos propensas a apoiar atitudes estigmatizantes (Holmes et al., 1999; Ligação et al., 1986; Penn et al., 1994).

A familiaridade com a doença mental inclui conhecimento e experiência com a doença mental (Holmes et al., 1999) variando em relação a assistir a um programa de televisão retratando pessoas com doença mental; ter um amigo ou colega de trabalho ou membro da família com a doença mental; ou o próprio sujeito sofrer de uma doença mental.

O tratamento injusto perpetuado por uma instituição social, política e/ou jurídica com base em atitudes estigmatizantes, que é denominado como discriminação estrutural, é uma das causas para a distribuição desigual de recursos em países de baixa renda, como Moçambique. Isso pode resultar em serviços de saúde mental de qualidade duvidosa.

Outros estudos (Economou et al., 2012; Angermeyer & Dietrich, 2006) evidenciaram que conhecer alguém com distúrbio psiquiátrico foi associado com atitudes favoráveis para com os sujeitos que sofrem de doença mental. Este é o

caso da comunidade, onde a experiência pessoal e contacto com perturbações mentais aumenta a familiaridade com a doença mental, o que pode levar à diminuição do nível de perigosidade percebida (Corrigan et al., 2001). Atitudes estigmatizantes para sujeitos com perturbações mentais parecem ser menores quando o médico residente teve um familiar com transtorno psiquiátrico (Chin & Balon, 2006).

O IMPACTO DO ESTIGMA DOS CLÍNICOS GERAIS: Estudos mostram que a luta contra o estigma existente nos diversos sectores da sociedade pode melhorar a assistência aos sujeitos com perturbações mentais e pode permitir que estes possam usufruir de novas modalidades de tratamentos (Murthy, 2005). As atitudes negativas dos médicos são responsáveis por diagnósticos errados, falhas no tratamento e encaminhamento para os psiquiatras e outros profissionais da área da saúde mental. Outros estudos (Lawrie et al., 1998; Uçok et al., 2006) têm mostrado que os médicos podem endossar visões negativas estereotipadas sobre os sujeitos com doença mental, resultando em menos atenção e cuidados de médicos de família e outros prestadores de cuidados de saúde por causa do estigma (Pinfold et al., 2005; Schulze et al., 2003; Levinson et al., 2003).

O ESTIGMA E AS PERCEPÇÕES CULTURAIS DE DOENÇA MENTAL EM MOÇAMBIQUE: Na altura da independência de Moçambique, o primeiro Governo da República Popular adoptou as ideias defendidas pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia (considerado o Pai da anti-psiquiatria – que esteve em Moçambique num seminário e difundiu as suas ideias sobre psiquiatria social, tendo igualmente deixado alguns dos seus colaboradores mais próximos a trabalhar nos serviços de psiquiatria e saúde mental). Este processo, culminou com o encerramento de algumas unidades de tratamento (Hospital de Benfica, actual Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário – CRDS – e o asilo de Marracuene) passando estes pacientes a ser “devolvidos” às suas comunidades e famílias (Santos, 2012, p. 68). Os restantes pacientes que não puderam ser reintegrados nas suas famílias permaneceram ou foram transferidos para os hospitais psiquiátricos do Infulene e

de Nampula que se mantiveram activos a par das enfermarias de Psiquiatria do Hospital Central de Maputo, do hospital Central da Beira e de Chissui.

Apenas em 1979 é que foi criada uma comissão coordenadora de saúde mental, presidida pela Dra. Custódia Mandlate, que seria responsável pela organização das actividades desta área.

No contexto moçambicano, para além da proposta de lei de saúde mental que engloba uma forte componente que pode ajudar na regulamentação dos direitos humanos da pessoa com perturbação mental, e proteger parte dos direitos dos sujeitos com perturbação mental poderá igualmente impulsionar a criação de movimentos dos trabalhadores de saúde mental, familiares de doentes, dos próprios doentes, sindicatos, e outros que contribuem significativamente para a construção de uma crítica colectiva aos modelos actuais e favorecer à criação de unidades de suporte que podem permitir a desactivação das instituições asilares.

No caso de Moçambique, em que apenas existem 3 unidades de internamento psiquiátricos e consideradas de grande dimensão (Enfermaria do Chissui em Manica, Centro de Saúde Mental de Nampula e Hospital Psiquiátrico do Infulene), o processo não passará necessariamente por “*derrubar murros grandes*”, mas talvez potenciar estas mesmas unidades, encetando mudanças na antiga ideologia psiquiátrica de controlo e segregação dos sujeitos com doença mental e em sofrimento psíquico, mudando-se de objecto da atenção – da doença para o sujeito inserido no seu contexto social, em que a “*...proposta da assistência terapêutica é focalizada no indivíduo em toda a sua complexidade*” (Amarante, 1998, p.41).

Albano (1997, p.8), falando da “*importância do trabalho social com os sujeitos com perturbação mental no Hospital Psiquiátrico do Infulene*”, já salientava que os conflitos existentes eram basicamente de fórum laboral – acontecendo frequentemente nos locais de trabalho, causados por problemas sociais e que colocavam em causa as capacidades mentais dos indivíduos; Rejeição – em que se verificavam famílias que rejeitavam o seu familiar por causa da sua doença mental, criando por via disso, vários problemas e até excluindo-os da família pelo facto de não trabalharem e estarem acometidos de perturbação mental; na comunidade – pelo facto de os doentes mentais sem apoio familiar e muitas vezes desprovidos de

qualquer assistência clínica, e social, andarem a deambular pelas ruas, protagonizando alguns estragos, agredindo as pessoas e roubando alguns bens de entre outros, a comunidade têm mostrado alguma perplexidade no modo de tratar destes sujeitos, votando-os ao isolamento e, em alguns casos, infringindo mesmo alguns maus tratos como tentativas de reeducação.

Entretanto, a manifestação do estigma e discriminação também pode ser visível através da excessiva paternalização e outros comportamentos como testemunham Ribeiro J (1997, p.10) relatando o seu trabalho com doentes crónicos no hospital psiquiátrico de Nampula quando salienta que *“às vezes o doente tem tudo quanto pede, porque o dão sob medo, temendo que se o não satisfizerem é capaz de agredir. Quando por qualquer razão faltam ao serviço, às vezes o chefe dos recursos humanos evita chamá-los e conversar com eles; o apontador do livro resigna-se a marcar faltas evitando possíveis represálias. Há uma luta acesa para a reforma compulsiva por doença, apesar de que o doente pode trabalhar...”*

Ribeiro J (1997) salienta ainda que existem grandes dificuldades ao nível da reinserção sóciofamiliar dos doentes. *“A família sente um grande peso, como que de um objecto sem maior prestígio, que ocupa grande parte do espaço da casa...”* (p.10). Há um respeito inadequado, evitando situações de partilha de afectos e espaço, este não sofre nenhuma repreensão. *“Outros membros da família vêem que a sua honra, reputação baixou por possuir uma perturbação mental, chegando às vezes até ao homicídio, por envenenamento da comida do doente...”*.

No mesmo estudo Ribeiro (1997) afirma que do ponto de vista social, a comunidade têm estes doentes como “malucos”. São objecto de toda a desconsideração, poucas são as pessoas que os consideram como ser humano. Nalgumas vezes, quando descompensa, as crianças da zona (bairro) apedrejam-no, insultam-no e assaltam-no, quando este pode defender-se muitas crianças fogem mesmo que ele não seja agressivo.

Num trabalho de assistência psicológica e psiquiátrica á população de rua com perturbações mentais realizado em Maputo, Gouveia et al. (2011), mostraram que a rapidez e o direito com que o cidadão em geral faz o diagnóstico dos indivíduos sem tecto, indigentes, pobres, doentes mentais, enfim *“População de Rua”* que

circulam pelas cidades são assustadores, classificando esta população de doentes mentais, estarão provavelmente relacionadas com o baixo grau de tolerância aos comportamentos tidos como “incómodos” desta população, que mexem com sentimentos como a vergonha e a culpa do cidadão comum.

O estudo sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre a Epilepsia, nos Distritos de Chibuto e Chokwé, na Província de Gaza, Sul de Moçambique (Langa et al., 2013) realça que em relação aos conhecimentos sobre qual é a pessoa que está suficientemente qualificada para cuidar melhor de um doente com epilepsia, os resultados mostram que 31% da população de Chibuto e Chokwé, sendo 38% e 25% respectivamente, afirma que o melhor é encaminhar o doente para os praticantes de medicina tradicional (curandeiros).

Quanto ao tratamento para a epilepsia, nota-se que no distrito de Chibuto e Chokwé, mais de 50% dos inquiridos considera que os medicamentos do hospital (anti-epilépticos) são os mais eficientes. Entretanto, 32% e 23% da população de Chibuto e Chokwé respectivamente, considera que os praticantes de medicina tradicional/curandeiros têm a melhor alternativa de tratamento para a doença. Em algumas comunidades de Chibuto e Chokwé, a epilepsia é mais conhecida como *“doença da lua e doença dos espíritos”*, facto que faz que, embora, exista conhecimentos básicos relativos ao tratamento da epilepsia, persistem algumas crenças e mitos de indicação do curandeiro como sendo a pessoa mais indicada para lidar com o doente.

Deve-se realçar que o Serviço Nacional de Saúde cobre apenas 40% da população, sendo grande parte da mesma assistida pelos praticantes de medicina tradicional. Reconhecendo esta fragilidade, o governo incentivou a colaboração entre a medicina tradicional e a convencional, com intuito de melhoramento das práticas e conhecimentos, realização de investigação e pesquisa (Muthemba, 2010, p.59).

Estes aspectos colocam desafios em termos de estratégias a adoptar no âmbito da promoção de saúde e envolvimento comunitário de forma a eliminar gradualmente os mitos e crenças existentes.

Alguns estudos (Patel et al., 2001) sugerem que em países em vias de desenvolvimento como Moçambique, muitas pessoas e famílias sofrem com os aspectos clínicos e sociais devido às crenças de natureza cultural e espiritual.

No exemplo da epilepsia, o estigma contribui para a lacuna em termos de tratamento, que pode chegar a 80% (Andermann, 1995).

Recentemente, o Governo Moçambicano

decidiu reconhecer o sector tradicional e o seu papel enquanto prestadores de serviços de saúde. O Governo reconhece que uma parte da população tem na medicina tradicional a única fonte de cuidados de saúde e que o potencial desta componente do SNS não tem sido valorizado na sua totalidade. Há igualmente acções que visam melhorar a colaboração com a medicina tradicional, dinamizado através da criação, em 2007, do Instituto de Medicina Tradicional (IMT) subordinado ao Ministério da Saúde.

Santos (2012) sublinha que a medicina tradicional é uma prática muito frequente no país sobretudo nas zonas rurais. Assim, e em resposta as políticas de saúde, constatou que a interacção entre os profissionais de saúde e os praticantes de medicina tradicional ocorre com frequência em algumas (21-50%) das unidades sanitárias com ou sem médico de clínica geral.

Apesar do reconhecimento de que a psicopatologia básica subjacente à maioria dos transtornos mentais é universal, a sua manifestação e interpretação adquire especificidades próprias em função da cultura em que o indivíduo se insere.

O Ministério da Saúde tem, de um modo geral, uma perspectiva aberta face à medicina tradicional. Relativamente à saúde mental, dada a baixa capacidade de cobertura dos serviços de saúde convencionais, principalmente nas zonas rurais, e dada a impregnação da cultura tradicional na concepção e tratamento da doença mental, o Ministério da Saúde reconhece a importância da medicina tradicional na assistência a uma grande maioria dos moçambicanos, tentando estabelecer formas de cooperação entre os dois sistemas que reforcem a assistência às comunidades dentro da linha de valores e princípios preconizados pelo Programa Nacional de Saúde Mental.

Tal como em muitas outras culturas africanas, as crenças acerca da doença mental estão intrinsecamente ligadas a crenças espirituais religiosas, de carácter animista e de origem ancestral. A “cura tradicional” é por isso mesmo largamente aceite para os problemas de saúde de um modo geral.

Na maioria das vezes o utente entra no sistema de saúde convencional só depois de ter procurado tratamento tradicional e de este ter “falhado”. Este circuito de procura de cuidados assume particular relevância no âmbito dos cuidados em saúde mental, dada a forte impregnação das crenças e atribuições tradicionais na concepção da doença mental.

Um estudo sócio-antropológico conduzido por Patel (2003) no norte do país demonstrou que os transtornos mentais eram atribuídos a um conjunto diversificado de factores que iam desde as causas naturais, à vitimização por espíritos malignos do género posse pelo demónio. Cada transtorno exibia o seu próprio grupo de sintomas, que ajudava na sua identificação e tratamento de primeira linha pelo médico tradicional ou curandeiro. Foi possível estabelecer comparações entre a apresentação do quadro clínico e o seu diagnóstico tradicional com os critérios científicos de diagnóstico, mas as causas e os métodos de tratamento diferiam significativamente entre os dois sistemas. A investigação realizada em 2003 para estudo da prevalência das psicoses, atraso mental e epilepsia incluiu também a avaliação dos modelos causais explicativos destas patologias e dos sistemas de procura de cuidados.

2.1.3 SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

CONTEXTO DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE: A República de Moçambique localiza-se na Região Austral da África e é banhada pelo Oceano Índico, ao longo de aproximadamente 2.800 km. Tem cerca de 4.330 km de fronteiras terrestres com a Tanzânia, Malawi, Zâmbia, Zimbabwe, Suazilândia e África do Sul. Possui uma superfície de 799.380 km². A população total estimada até 2012 é de 23.4 milhões

de habitantes, distribuída por 11 províncias (incluindo a capital, Cidade de Maputo, que tem estatuto de província) e 128 distritos. (INE, 2014). A população está a crescer a uma taxa média de 2,6% por ano e é predominantemente rural (70%). Em termos de idade, a maioria dos moçambicanos não ultrapassa os cinquenta anos de vida, tornando-se num país bastante jovem, onde a população feminina constitui a maioria (52%). A maioria da população Moçambicana dedica-se à agricultura, que é a grande fonte de rendimento das famílias. Outra actividade que ocupa muitos moçambicanos, principalmente os residentes na costa, é a pesca. (INE, 2014).

De acordo com os indicadores do Banco Mundial de 2010, Moçambique é considerado um país em vias de desenvolvimento ocupando o 184º lugar do Índice de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas (Relatório de Desenvolvimento Humano de 2011). A esperança de vida à nascença é de 51.8 anos para mulheres e 47.1 para homens. E a taxa de alfabetização total é de 49.6% - Instituto Nacional de Estatística (INE, 2007).

A incidência da pobreza diminuiu acentuadamente de 69% em 1997 para 54% em 2003, mas manteve-se praticamente a mesma no período recente de 2003-2009 (de 54,1% para 54,7%). Actualmente, o país tem estado a registar avanços significativos em termos de desenvolvimento socioeconómico. *Estes progressos foram impulsionados pela estabilidade macroeconómica e crescimento acelerado da economia, que traduziu-se num crescimento médio anual do PIB na ordem de 7.6%, e um rendimento per capita médio anual de 5%, no período 2005-2009 e 6-7% nos últimos dois anos.* Apesar de o país ter alcançado altas taxas de crescimento económico durante a última década, continua sendo um dos países mais pobres do mundo, classificando-se na 184ª posição entre os 187 países de acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 2011 (PNUD, 2012).

O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: O Sistema Nacional de Saúde em Moçambique compreende o sector público, sector privado com fins lucrativos, o sector privado com fins não lucrativos e comunitário. O sector público que é o Serviço Nacional de

Saúde (SNS) constitui o principal prestador de serviços de saúde á escala nacional. O SNS está organizado em 4 níveis de atenção, sendo o nível I o mais periférico e é onde se implementa a estratégia de Cuidados de Saúde Primários (CSP), e o nível II a servir de referência para as condições clínicas que não têm resposta no nível I, como por exemplo, as complicações do parto, lesões, emergências médico-cirúrgicas, etc. Os níveis III e IV são fundamentalmente orientados para acções curativas mais especializadas e constituem referência para os níveis inferiores.

Apesar do grande relativo incremento no número dos profissionais de Saúde Mental em Moçambique, acredita-se que os números ainda se mostram aquém das expectativas e são os médicos de clínica geral, considerados em maior número (1.108) que garantem a assistência na comunidade e atendem a maior parte dos problemas da área de Saúde Mental. Segundo Santos (2012) o total dos profissionais de saúde mental em moçambique constituí menos de um profissional para 100.000 habitantes (0.8/100.000).

Pressupõe-se que os profissionais da Saúde que trabalham na comunidade ou mais próximos dela possam estar munidos de conhecimentos da área da Saúde Mental que lhes permita constituírem-se como facilitadores do processo de integração e inclusão dos sujeitos com perturbação Mental na sociedade. Atender aos casos de tentativas de suicídio como uma questão de Saúde Mental poderá favorecer a um atendimento universal, abrangente e integral para a comunidade, respeitando o “problema, dificuldades” do paciente, mas sobretudo permitindo o tratamento, respeitando as diferenças e reconhecendo a sua dignidade.

SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: O Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde é a entidade de órgão central responsável pela Saúde Mental no país. Através do Programa Nacional de Saúde Mental são executadas as actividades da área. Segundo os dados de Santos (2012) existem 83 serviços de consulta externa que tratam 131 pacientes por 100.000 habitantes. A taxa de utilização dos centros de dia é inferior a 1.0 utentes por 100.000 habitantes, ocorrendo da mesma forma nos serviços de internamento de base

comunitária. Os hospitais psiquiátricos tratam cerca de 6.3 pacientes por 100.000 habitantes.

A OMS (2001) reforça a ideia de que maioria dos países em desenvolvimento precisa de aumentar e aperfeiçoar a formação de profissionais para a saúde mental, que prestarão cuidados especializados e apoiarão programas de cuidados primários de saúde. Constatou ainda, que falta na maioria dos países em desenvolvimento, um número adequado de especialistas, para preencher os quadros dos serviços de saúde mental. A formação de recursos humanos é especialmente necessária em países que dispõem actualmente de poucos recursos.

A OMS (2001) considera que o controlo e tratamento de perturbações mentais, no contexto dos cuidados primários, é um passo fundamental que possibilita ao maior número possível de pessoas ter acesso mais fácil e mais rápido aos serviços, o que não só proporciona melhores cuidados, como também reduz o desperdício, resultante de exames supérfluos e de tratamentos impróprios ou não específicos. As perturbações mentais e do comportamento são comuns entre os utentes dos serviços de cuidados primários de saúde. É útil uma avaliação do grau e do padrão dessas perturbações, nesse contexto, pelas potencialidades que há na identificação e no tratamento de perturbações, a este nível.

Os estudos epidemiológicos, em cuidados primários, têm-se baseado na identificação de perturbações mentais, através do uso de instrumentos de triagem, no diagnóstico clínico por profissionais de cuidados primários ou através de entrevistas para o diagnóstico psiquiátrico.

O estudo transcultural, realizado pela OMS em 14 locais (Üstün & Sartori, 1995; Goldberg & Lecrubier, 1995), usou três diferentes métodos de diagnóstico: um instrumento breve de triagem, uma entrevista minuciosa estruturada e um diagnóstico clínico pelo médico de cuidados primários. Embora houvesse consideráveis variações nas prevalências, em diferentes locais, os resultados demonstram claramente que uma proporção substancial (cerca de 24%) de todos os doentes, naquele nível, evidenciava perturbação mental. No contexto dos cuidados primários, os diagnósticos mais comuns são a depressão, a ansiedade e perturbações pelo abuso de substâncias. Estes problemas estão presentes

isoladamente ou em conjunto com uma ou mais afecções físicas. Não há diferenças constantes na prevalência entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

A OMS (2001) considera que embora os cuidados primários ofereçam o contexto mais vantajoso para o tratamento inicial, não se deve descurar da necessidade de especialistas para prover toda uma série de serviços. Em condições ideais, as equipas especializadas em cuidados de saúde mental deveriam incluir profissionais médicos e não médicos, tais como psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais psiquiátricos e terapeutas ocupacionais, que podem trabalhar em conjunto, tendo em vista os cuidados e a integração total dos doentes na comunidade.

Segundo dados da OMS (2000, p.3), *“A pesquisa na área tem sugerido que entre 40 e 60% das pessoas que cometeram o suicídio consultaram um médico no mês anterior ao suicídio; destes, a maioria foi a um clínico geral e não a um psiquiatra.* Em países em que os serviços de Saúde (Mental) estão bem organizados, a proporção de pessoas em crises suicidas que consultam um clínico geral é provavelmente maior.

A OMS (2001) considera relevante o desenvolvimento dos profissionais de saúde nas campanhas de informação/sensibilização sobre a ideação suicida, comportamentos auto lesivos e actos suicidas; uniformização da terminologia de diagnóstico; reforço de redes de articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde mental comunitária; introdução e aumento da cobertura nacional de consultas de prevenção do suicídio, promovendo a existência de, pelo menos, uma resposta especializada e acessível em cada hospital.

Médicos de Clínica geral, trabalhando nos serviços de emergência teriam como objectivo um atendimento rápido e ágil, buscando caracterizar aspectos diagnósticos, etiológicos e psicossociais do quadro apresentado pelo paciente, viabilizando seu tratamento em curto prazo e definindo o tipo de tratamento ao qual o paciente seria mais bem cuidado em médio e longo prazos.

Na óptica da OMS (2001) é fundamental que o pessoal de saúde em geral receba formação quanto às aptidões essenciais dos cuidados em saúde mental e que essa formação garanta o melhor uso dos conhecimentos disponíveis para o maior número de pessoas e possibilita a imediata aplicação das intervenções. Assim, a

saúde mental deve ser incluída nos programas de formação, com cursos de actualização destinados a melhorar a eficácia no tratamento de perturbações mentais nos serviços gerais de saúde.

Autores como Barlotele (2010) já realçavam que o primeiro contacto pode significar um ponto de apoio e de esperança. O Médico de Clínica geral, psiquiatra ou outro profissional de saúde que esteja atendendo um paciente suicida, por exemplo, deve ter acesso a um bom contacto com os serviços de saúde mental que possam fornecer um atendimento rápido e um seguimento terapêutico adequado.

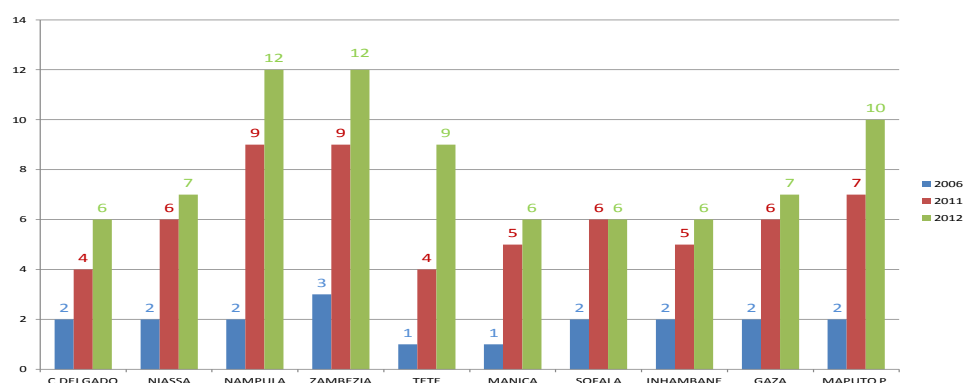
Segundo o estudo de Santos (2012), no âmbito da Avaliação do Programa Nacional de Saúde Mental com Recurso ao Assesment Instrument for Mental Health Systems da OMS (WHO-AIMS), a formação dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários contém menos de 2% de conteúdos de saúde mental e a interacção entre estes profissionais e os serviços de saúde mental ocorre em menos de 20% dos casos.

Ainda no mesmo estudo, constata-se que as unidades sanitárias dos cuidados de saúde primários com ou sem médico de clínica geral, não têm protocolos para a avaliação e tratamento em saúde mental. “...*Apenas algumas unidades sanitárias com médicos (menos de 20%) fizeram pelo menos uma referência mensal de pacientes para os profissionais de saúde mental enquanto nenhuma das unidades sem médico o fez*” (Santos, 2012, p. 12). Relativamente a interacção entre os profissionais das unidades com médico e os profissionais de saúde mental, constatou-se que esta interacção ocorre em menos de 20% dos casos, e é inexistente nas unidades sanitárias sem médico.

COBERTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: Apesar de não satisfatória, a cobertura de recursos humanos a nível nacional evoluiu consideravelmente. O gráfico 5 abaixo demonstra as províncias com o número de distritos com pelo menos um profissional da área da saúde mental.

Gráfico 5: cobertura dos serviços de saúde mental SPSM

Cobertura dos Serviços (Distritos c/SPSM)

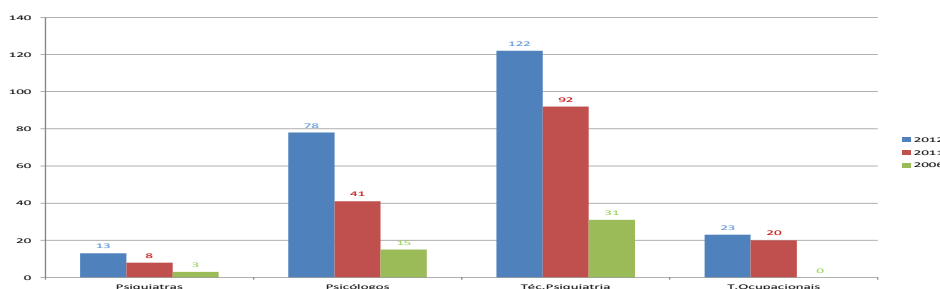


Fonte: Relatório MISAU, 2012 - Departamento de Saúde Mental.

RECURSOS HUMANOS: Dados do relatório da Saúde Mental (2013) mostram que houve uma evolução considerável no número de profissionais que integram as equipas de saúde mental nos últimos três anos, contando-se actualmente com cerca de 13 psiquiatras (entre nacionais e estrangeiros), 79 psicólogos, 122 técnicos de psiquiatria e 23 terapeutas ocupacionais conforme se verifica no gráfico 6 abaixo. Apesar da existência de poucos psiquiatras e psicólogos, os técnicos de psiquiatria garantem a assistência psiquiátrica ao nível do país, o que é consoante com (Jenkins et al. 2010) quando refere que “há uma suposição errónea de que os serviços de saúde mental só podem ser prestados por especialistas...”

Gráfico 6: evolução dos recursos humanos

Evolução de Recursos Humanos



Fonte: Relatório MISAU, 2012 - Departamento de Saúde Mental.

Dados de Santos (2012) mostram que o número total de recursos humanos a trabalhar nos serviços de saúde mental por 100.000 habitantes é de 0.90, correspondentes a 0.04 psiquiatras, 0.01 médicos (não especializados em psiquiatria), 0.21 enfermeiros, 0.27 psicólogos, 0.02 assistentes sociais, 0.01 terapeutas ocupacionais e 0.32 técnicos de psiquiatria. 56% dos psiquiatras trabalham apenas para o Estado (Serviço Nacional de Saúde) e os restantes 44% trabalham tanto para o Estado como para instituições privadas.

Em relação ao local de trabalho, 10 psiquiatras trabalham nas consultas externas, 5 nas enfermarias e internamentos de base comunitárias (nos hospitais com camas para internamento psiquiátrico), e 4 nos hospitais psiquiátricos. Quanto aos médicos não especializados em psiquiatria, existem apenas dois, dos quais 1 está colocado no hospital psiquiátrico e 1 em enfermaria/internamento de base comunitária.

Existem 26 enfermeiros colocados nos hospitais psiquiátricos e 18 colocadas nas enfermarias e internamentos de base comunitários. Relativamente aos outros profissionais de saúde mental, existem 53 psicólogos e 2 terapeutas ocupacionais nas consultas externas. Nas enfermarias e internamentos de base comunitária estão 10 psicólogos. Nos hospitais psiquiátricos, laboram 3 psicólogos, 2 assistentes sociais e 2 terapeutas ocupacionais. Por último, existem 66 técnicos de psiquiatria a trabalhar nas consultas externas, 12 nas enfermarias e internamentos de base comunitária e 7 nos hospitais psiquiátricos.

Em termos de pessoal nos serviços de saúde mental, estão colocados 0.02 psiquiatras por cama nas enfermarias e internamentos de base comunitários e igual proporção nos hospitais psiquiátricos. No que se refere aos enfermeiros, estão colocados 0.09 nas enfermarias e internamentos de base comunitária em oposição aos 0.15 dos colocados nos hospitais psiquiátricos. Os psicólogos, assistentes sociais e terapeuta ocupacional estão numa proporção de 0.06 profissionais por cama nas enfermarias e internamentos de base comunitária e 0.04 nos hospitais psiquiátricos. Quanto aos técnicos de psiquiatria, a proporção é de 0.31 nas enfermarias e internamentos de base comunitária e 0.03 nos hospitais psiquiátricos.

ACESSO AOS SERVIÇOS: O acesso aos serviços é gratuito (mais de 80%) para toda a população, incluindo a aquisição de todos psicofármacos prescritos pelos profissionais do Serviço Nacional de Saúde. Para além disso, todos os pacientes considerados crónicos têm acesso a serviços de saúde 100% gratuitos.

3 ESTUDO ORIGINAL

3.1 Justificativa

A Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental (2006 – 2015) apontam como objectivo geral o desenvolvimento e intensificação das actividades de saúde mental, de assistência psiquiátrica e de saúde mental a nível nacional, baseando-se numa visão ampla de cerca de 10 anos (2006 – 2015).

A base de partida do processo de implementação do Plano Estratégico de Saúde Mental (2006-2015) foi considerada relativamente modesta, procurando assegurar uma maior eficiência no uso dos poucos recursos disponíveis. As acções foram criteriosamente seleccionadas e ordenadas, tendo em conta as prioridades do governo de acordo com as linhas gerais definidas na Política Nacional de Saúde (PNS) e no Plano para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA, 2006-2009)

Segundo dados retirados do estudo de Santos (2012), o número total de recursos humanos a trabalhar nos serviços de saúde mental por 100.000 habitantes é de 0.90. do ponto de vista de carreira profissional, esta proporção corresponde a 0.40 psiquiatras, 0.01 médicos não especialista em psiquiatria), 0.21 enfermeiros, 0.2 psicólogos, 0.02 assistentes sociais, 0.01 terapeutas ocupacionais e 0.32 técnicos de psiquiatria.

Patel, V. et al. (2001) demonstram que em Moçambique, o fardo de graves distúrbios mentais e neurológicos é significativo e maior em áreas rurais onde a maioria da população vive, com índices de pobreza mais elevados e onde os serviços de saúde mental são muito menos desenvolvidos.

Em relação ao suicídio, dos poucos ensaios de estudos existentes, podemos realçar alguns, como o de Mapengo (2006, p. 58) sobre a necessidade de compreensão dos factores psico-sociais relacionados com tentativas de suicídio em adolescentes, tendo encontrado resultados concordantes com os dados disponíveis na literatura sobre o tema, pois todos os jovens que tentaram o suicídio revelavam níveis elevados de depressão e o contexto familiar era o principal “foco de conflitos”.

Não existe nenhum estudo, serviços específicos ou plano para o tratamento de tentativas de suicídio, sendo que estes casos são atendidos no contexto da

medicina geral, unidades centrais como o HCM, sobretudo através de medicação para desintoxicação orgânica e não tanto ao nível da recuperação psicológica ou contenção, uma vez que os tempos médios de internamento destes pacientes são curtos e, insuficientes para uma abordagem terapêutica mais profunda.

Actualmente, com os novos desafios, é fundamental alargar horizontes em termos do que se perspectiva para a saúde mental nos próximos 10 a 20 anos. Os novos objectivos devem passar também pela pesquisa e criação de evidências, caracterização da situação de forma rigorosa, em termos de identificação dos comportamentos auto lesivos e actos suicidas; diminuição do estigma em torno da doença mental e suicídio e perspectivar melhores estratégias em termos de políticas, organização dos serviços e assistência.

O investimento em pesquisas que abarquem a influência do estigma em relação às doenças mentais e ao suicídio é fundamental e faz todo o sentido em contexto de países em vias de desenvolvimento como é o caso de Moçambique onde as crenças, percepções de cunho tradicional e espiritual jogam um papel relevante no desenvolvimento e manifestação das doenças mentais, e interferem negativamente com o tratamento.

Para os profissionais da área da saúde mental, há uma crescente preocupação sobre como transformar uma enfermaria clínica ou outras em um ambiente seguro para um paciente potencialmente suicida. Todos os procedimentos de sinalização do risco, tratamento e encaminhamento sugerem uma imprescindível troca de informação entre as equipas assistenciais a respeito do risco e medidas a serem adoptadas.

No caso de Moçambique, Santos (2012) refere que os hospitais psiquiátricos tratam 6.3 pacientes por 100.000 habitantes mas desconhece-se a taxa de ocupação de camas. A maior parte dos pacientes admitidos têm diagnóstico de esquizofrenia. Houve uma pequena redução do número de camas dos hospitais psiquiátricos na ordem dos 2% nos últimos cinco anos. Não existem camas específicas para internamento forense. Estes pacientes são internados nos hospitais psiquiátricos. A necessidade de uma proposta terapêutica mais ampla e humanizada na área da saúde mental, têm estimulado alguma discussão “saudável”

no seio dos profissionais de saúde mental em Moçambique, relativamente à perspectiva de surgimento de unidades de internamento psiquiátrico em hospitais gerais (Walkup, 1994) que por sua vez, acredita-se que permitem reduzir o estigma e preconceito (Mendonça et al. 2003). A aproximação com outras especialidades médicas, determinando um cuidado mais universal aos pacientes (Eytan et al. 2004) é igualmente considerado um factor fundamental na melhoria da prestação dos cuidados de saúde mental e propiciador da redução do estigma.

Algumas das conclusões importantes oriundas do estudo de Santos (2012) no âmbito da Avaliação do Programa Nacional de Saúde Mental de Moçambique com recurso ao AIMS da OMS referem como pontos fracos e merecedores de atenção especial os seguintes: (1) o principal hospital psiquiátrico (Infulene) do país está em condições precárias pondo em causa a qualidade de atendimento; (2) a inexistência de legislação específica que defenda os direitos dos sujeitos que sofrem de perturbação mental e do comportamento.

Sendo a monitorização e supervisão destes direitos não realizada por nenhuma entidade independente; o sistema de informação em saúde mental é rudimentar e os dados recolhidos de rotina bem como os instrumentos utilizados para este efeito carecem de revisão.

Um dos aspectos que reflecte o estigma e que pode contribuir para o mesmo é que *“...as admissões involuntárias e o isolamento ou reclusão dos pacientes são práticas comuns mas não são registadas nestes hospitais...”* (Santos, P., 2012, p. 7). Em Moçambique vigora um Plano de Acção para a Saúde Mental, cujas acções são orientadas pela Política Nacional de Saúde. Entretanto, ainda não existe uma Lei de Saúde Mental.

O estigma relacionado com a doença mental, a par de outros, constitui um entrave sério na resolução dos grandes problemas de saúde mental, principalmente em países em vias de desenvolvimento. Esta tradição que remota aos primórdios da nossa existência tende a perpetuar-se e ainda hoje o *“louco”* ou *“maluco”* (como geralmente é referido) é visto com preconceito. Entretanto, *“parece que o contacto dos profissionais de saúde com a doença mental, desmistifica o louco e a loucura”* (Kantorski et al., 2001).

O aumento de problemas sociais, como a violência, o deslocamento das populações devido as mudanças demográficas e outros fenómenos naturais, a incidência cada vez maior de perturbações mentais que afectam crianças, adolescentes e jovens, coloca a saúde mental sob pressão e com o desafio de melhorar a resposta aos utentes, através de políticas adaptadas ao contexto e alimentadas com evidências científicas, e melhoria na organização dos serviços.

Alguma literatura (Lana et al. 2009) realçam que muitas vezes a sociedade actual desencadeia um quadro de doença mental devido a vários factores como diferenças de classes sociais, discriminação racial, desemprego, violência, entre outros males. Alguns estudos apontam por exemplo que o estigma é a grande fonte de sofrimento na depressão (Corrigan e Lundin, 2001). Um outro estudo indica que as crenças relacionadas ao estigma público em relação as pessoas com Esquizofrenia são encontradas com frequência entre a população de São Paulo, no Brasil (Piza e Blay, 2010).

Hinshaw e Cicchetti (2001) demonstraram que cerca de 2/3 de pessoas que sofrem de doença mental não procuram ajuda em razão de factores como o estigma, o que constitui um problema tanto para os doentes mentais como para seus familiares.

Em Moçambique, nos últimos tempos, têm sido noticiadas e expostas situações de famílias que *“encarceram, amarram seus filhos, familiares”*. Esta necessidade de *“esconder”* pode resultar de um receio fundado de se ser rejeitado e desvalorizado, devido a uma doença, como se esta fosse um mal e, em algumas zonas de moçambique, a doença mental é tida como contagiante (Honwana, 1999), logo, evita-se o contacto com o doente. Entretanto, a OMS chama a atenção para o facto de que *“...Falsas crenças sobre doença mental podem causar problemas significativos...”* (OMS, 2001, p.4)

O estigma é considerado uma prioridade de pesquisa da OMS - Organização Mundial de Saúde (Moreira, 2004). Igualmente, a OMS reconhece que enquanto problema de saúde pública sério, o suicídio chama a atenção, mas a sua prevenção e controle ainda continua a não ter uma evolução desejada.

Algumas pesquisas (Hegerl. e Witteenburg., 2004; Mann et al., 2005) deixam

transparecer a ideia de que a prevenção do suicídio é possível e que envolve uma série de actividades. disseminação apropriada da informação e o aumento da consciencialização a todos os níveis são elementos essenciais para o sucesso de programas de prevenção do suicídio.

Em Moçambique não existem estudos e pesquisas que nos possam fornecer dados quantitativos ou qualitativos rigorosos sobre o estigma em relação à doença Mental e ao suicídio, muito menos dados sobre as percepções que os prestadores de serviços de saúde têm sobre estas temáticas.

Este tipo de investigação parte da premissa de que a influência dos mitos, crenças relacionadas com a doença mental, se manifestam em práticas estigmatizadoras e discriminatórias dirigidas a estes sujeitos pelos provedores de saúde, influenciando no seu tratamento.

Um estudo de Alonso (2013) confirma que as doenças mentais são responsáveis por 17% das incapacidades a nível mundial e mostra como as doenças mentais se reflectem no nível de instrução, na estabilidade e violência conjugais, na estabilidade laboral, no absentismo e no rendimento das pessoas afectadas, mas também como se associa e propicia ao aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas.

A necessidade de explorar o estigma em relação as perturbações mentais e problemas de saúde mental como o suicídio e tentativa de suicídio faz parte das prioridades da OMS que de acordo com a sua complexidade podemos entender como prioritária a sua divisão nos seguintes subtemas: a) os processos de construção do estigma interno e externo; b) o estigma e a discriminação em serviços de saúde; c) o estigma e discriminação em meios de comunicação social, políticas públicas e legislação.

Um dos objectivos da actual estratégia de advocacia é reduzir o estigma e a discriminação e promover os direitos humanos das pessoas com perturbações mentais através da capacitação da comunidade em torno das questões da saúde mental.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) abrange apenas 40% da população, sendo que um grosso número da população é atendido pelos praticantes de medicina tradicional. A par disto (Corrigan, 2004) acredita-se que um dos motivos para a não procura de tratamento, pelo menos na área da saúde mental, seja o estigma.

3.2. Objectivos

Gerais:

Analisar o estigma e as percepções dos médicos de clínica geral em relação às tentativas de suicídio, o suicídio e perturbações mentais bem como os possíveis factores associados a estes fenómenos.

Específicos:

1. Caracterizar a amostra constituída por médicos de Clínica Geral de Moçambique;
2. Identificar as experiências profissionais dos médicos em relação ao suicídio;
3. Avaliar as percepções dos médicos em relação ao suicídio e as tentativas de suicídio;
4. Avaliar o estigma em relação ao suicídio e as tentativas de suicídio entre os médicos;
5. Avaliar as atitudes dos médicos de clínica geral de Moçambique em relação as perturbações mentais e ao suicídio, nas componentes de:
 - a) conhecimento/crenças;
 - b) sentimentos;
 - c) comportamentos.
6. Medir a associação entre algumas variáveis.

4 HIPÓTESES

4.1. O estigma em relação ao suicídio e perturbação mental entre os médicos de clínica geral está relacionado com as percepções, atitudes e conhecimentos mais ou menos favoráveis em relação as mesmas;

4.2. Os médicos de clínica geral revelam atitudes positivas em relação à doença mental, têm igualmente, menos estigma em relação á Doença Mental, suicídio e tentativas de suicídio (correlação positiva entre atitudes em relação à doença mental e estigma em relação à doença mental, suicídio e tentativas de suicídio);

4.3. As crenças e conhecimentos sobre as perturbações mentais estão relacionados com atitudes positivas ou negativas sobre as perturbações mentais, tentativas de suicídio e suicídios;

4.4. Os médicos de clínica geral que estabelecem maior contacto com os serviços de saúde mental e beneficiaram de formação em saúde mental revelam atitudes mais favoráveis e menos estigma em relação á doença mental, suicídio e tentativas de suicídio;

4.5. O sexo, residência urbana, situação económica da família, o tempo de contacto com os serviços e profissionais de saúde mental, a formação em matérias de saúde mental, exposição nos médios sobre a psiquiatria e saúde mental, estão associados com menos estigma e atitudes mais positivas em relação à doença mental, ao suicídio e tentativas de suicídio.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, combinando métodos quantitativos e qualitativos.

5.2 População e Amostra

A População de estudo é constituída por Médicos de Clínica Geral, da rede de unidades sanitárias do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique e do Sector Privado.

A amostra era constituída por 125 sujeitos, médicos de clínica geral, com idades compreendidas entre os 25 a 60 anos de idade, que trabalham nos principais Hospitais de referência e algumas unidades sanitárias dos cuidados de saúde primários. Tanto os sujeitos como as unidades sanitárias, objectos do estudo, foram escolhidos por conveniência nas três regiões do País: Maputo - Zona Sul, Beira - Centro e Nampula – Zona Norte). O recrutamento foi realizado no período de 25 de Maio a 11 de Agosto de 2014.

Os dados foram recolhidos pelo pesquisador e outros pesquisadores treinados para a aplicação do instrumento após o sua adaptação para o contexto Moçambicano.

5.2.1 Procedimentos de Selecção da Amostra

5.2.1.1 Critérios De Inclusão

- 1) Médicos de clínica geral a exercer a actividade clínica em Moçambique;
- 2) Idades compreendidas entre os 25 a 60 anos;

3) Interesse em participar no estudo expresso através da assinatura da declaração de consentimento informado.

5.2.1.2. Critérios De Exclusão

- 1) Falta de disponibilidade durante a realização do estudo;
- 2) Sujeitos com menos de três meses de trabalho;

5.3 Local de Realização do Estudo

O estudo foi realizado nas seguintes unidades hospitalares: HCM - Hospital Central de Maputo, HCB - Hospital Central da Beira, HPQ - Hospital Provincial de Quelimane, MISAU - Ministério da Saúde, HCN - Hospital Central de Nampula, HGJM - Hospital Geral José Macamo, HGM - Hospital Geral de Mavalane, Centro de Saúde do Alto Maé, ICOR - Instituto do Coração e Centro de Saúde de Bagamoyo. Destas unidades apenas o Instituto do Coração é Privado, sendo as restantes unidades públicas do Sistema Nacional de Saúde.

5.4 Instrumentos de Pesquisa

Foram utilizadas as versões adaptadas dos seguintes instrumentos: a Escala de Atitudes sobre a Doença Mental (Amanha Hahn, 2002) e o Questionário sobre Percepções e Estigma em Relação à Saúde Mental e ao Suicídio em Médicos de Clínica Geral (Liz Macmin e SOQ, Domino, 2005).

Os Instrumentos foram escolhidos por serem os mais adequados para avaliar o estigma, percepções e crenças em relação à doença mental e suicídio, em particular, e saúde mental, no geral.

Ambos os instrumentos foram adaptados para a população moçambicana e para responderem as necessidades específicas do presente estudo.

De acordo com a lógica de Van Brakel (2006, p. 307) o estigma relacionado com a saúde pode ser agrupado em cinco principais categorias:

- (1) A experiência de discriminação real e/ou restrições de participação por parte da pessoa afectada;
- (2) As atitudes para com as pessoas afectadas;
- (3) A percepção e sentimentos relacionados com atitudes estigmatizantes;
- (4) O estigma internalizado;
- (5) os actos discriminatórios e estigmatizantes em serviços, legislação, meios e materiais educativos.

Foram também, tomadas em consideração as variáveis que na perspectiva de Domino (2005) permitem avaliar factores relacionados com o impacto psicossocial, factores de risco, mitos, conhecimentos, percepções e estigma em relação ao suicídio.

5.4.1. INSTRUMENTO 1: Escala de Atitudes sobre a Doença Mental (Amanda Hahn, 2002).

Trata-se da escala construída por Amanda Hahn (2002), com base no *Questionário Opinions about Mental Illness in Chinese Community (Ng & Chan, 2000)*. A versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Tânia Madeira e Fátima Monteiro que concederam a devida autorização para a sua utilização neste estudo.

Para melhor compreensão do questionário e tomando como base as principais componentes da Atitude, estruturou-se os itens em:

1. **Componente Cognitiva** – que inclui os itens avaliam quer os conhecimentos, quer as crenças que os inquiridos apresentam em relação a saúde mental.
2. **Componente emocional** – que avalia os sentimentos na relação afectiva que os inquiridos apresentam em relação aos doentes mentais.

3. **Componente Comportamental** – constituída por itens que reflectem a parte comportamental das atitudes dos médicos em relação ao assunto, ou seja as condutas previstas, sobre a sua actuação.

Eis, a seguir, a distribuição dos itens pelas três componentes:

Componente Cognitiva	1,2,7,8,10,11,12,13,15,17,18,24,25,28,29,30,31,32,33,34
Componente Emocional	5,6,14,16,20,21,23,27
Componente Comportamental	3,4,19,21,22,26

A escala apresenta seis factores ou categorias e um total de 27, nomeadamente (Ver Anexo 10.8. p.191: Guião Instrumento 1):

1. **Separação (S)** – identificada por 4 itens que enfatizam a diferença entre pessoas com doença mental e mantêm-nas afastadas e a uma distância segura.

2. **Estereotipização (St)** – caracterizada por 4 itens que definem as pessoas com doença mental num determinado padrão comportamental e habilidade mental.

3. **Restrição (R)** – definida por 3 itens que sustentam uma visão incerta sobre os direitos das pessoas com doença mental.

4. **Paternalismo (B)** – identificada por 2 itens relacionados com a amabilidade para com as pessoas com doença mental.

5. **Pessimismo (P)** – identificada por 4 itens que revelam aversão de que as pessoas com doença mental são incapazes de melhorar e a forma não optimista como a sociedade as trata.

6. **Estigmatização (Stig)** – identificada por 10 itens que entendem a doença mental como vergonhosa e, por isso, deverá ser ocultada.(Ver anexo 10.9. p. 193: Guião Instrumento 1)

5.4.2. INSTRUMENTO 2: Percepções e Estigma em Relação à Saúde Mental e ao Suicídio em Médicos de Clínica Geral (Adaptação do Questionário de Liz Macmin e SOQ, Domino, 2005)

Esta escala foi adaptada de modo a aprofundar as percepções, conhecimentos e atitudes relacionados especificamente com o estigma em relação ao suicídio. Foi construído através da construção do questionário “The Suicide Opinion Questionnaire” (Domino, 2005) e na introdução e adaptação de alguns itens referentes ao Questionário de Liz Macmin e SOQ, Domino, 2005.

Esta escala apresenta um total de 25 itens e compreende três factores ou subescalas que são as seguintes:

1. **Experiências Profissionais** – identificado por itens que avaliam informações dos inquiridos sobre a sua relação profissional com assuntos de doença mental.
2. **Percepções** – identificado por itens que avaliam o nível de conhecimentos, crenças e ideias que os médicos têm em relação a doenças mentais.
3. **Estigma** – identificado por itens que avaliam as atitudes dos inquiridos em relação aos doentes mentais.

Assim, o quadro abaixo mostra a distribuição dos itens dos factores acima expostos:

EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS	1,2, 3, 4, 5,6, 7
PERCEPÇÕES	8,9,10,11.12.14,15,17.18,19,21
ESTIGMA	13,16,20,22,23,24,25,26

O questionário contempla 21 questões: 2 de impacto psicossocial, 2 sobre factores de risco, 10 que exploram os mitos, 4 de conhecimentos, 3 em relação a Percepções, actos discriminatórios e estigmatizantes (saúde, serviços, direitos e

legislação); 4 em relação ao contacto com profissionais e serviços de saúde mental e com familiares/pacientes.(Ver anexo 10.9, p. 193: Guião Instrumento 2)

5.5 Definição Operacional das Variáveis

VARIÁVEIS DEPENDENTES:

Foram avaliadas através de duas escalas utilizadas (Questionário de Liz Macmin e SOQ, Domino, 2005 e a Escala de Atitudes sobre a Doença Mental de Amanda Hahn, 2002).

- a) Estigma - Definido (Goffman, 1963) como um " traço que é profundamente de descrédito" e/ou características de processos psicossociais como rotulagem, estereótipos, separar, perda de status, e discriminação num contexto de desequilíbrio (Link, 2001).
- b) Experiências pessoais e/ou profissionais com doença mental, situações de suicídio e tentativas de suicídio.
- c) Percepções – forma de perceber e sentimentos em relação aos fenómenos e as questões inerentes a doença mental, suicídio e tentativas de suicídio;
- d) Atitudes – comportamentos adequados ou inadequados que se encontram na base da forma de lidar com os casos de perturbação mental, suicídio e tentativas de suicídio;
- e) Crenças – maneiras idealizadas e inadequadas, inferências irracionais acerca da doença mental, suicídio e tentativas de suicídio;
- f) Conhecimentos – Entendimento, Informações gerais e específicos a respeito do suicídio, tentativas de suicídio e doença mental;

VARIÁVEIS INDEPENDENTES:

- a) Profissão (Critério de inclusão – médicos de clínica geral),

- b) Local de trabalho (Hospital central de Maputo, Beira, Nampula, outro),
- c) Tempo de trabalho no SNS (mais de 1 ano; 1-5 anos; mais de 5 anos),
- d) Idade (25 a 30, 31 a 40, 41 a 50 e 51 a 60),
- e) Sexo (masculino/femenino),
- f) Estado civil (solteiro, casado, divorciado),
- g) Nível académico (licenciatura, mestrado, doutoramento),
- h) Nacionalidade (Moçambicana, outras)
- i) Local de nascimento (onde está registado o nascimento)
- j) Local de residência (onde se encontra a residir no momento)
- l) Religião (católica, protestante, muçulmana, hindu, sem religião, outras);
- m) Contacto com serviços de saúde mental (sim/não).

5.6 Procedimentos

5.6.1 Procedimentos e Considerações Éticas

Antes da realização do estudo, o protocolo de pesquisa foi submetido à apreciação do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM & HCM) e teve a aprovação do mesmo, só sendo operacionalizada após a anuência desse órgão, sob protocolo número: CIBS FM&HCM/37/2014. Foi igualmente pedida a autorização das Direcções Provinciais e Unidades Sanitárias através de uma carta de cobertura institucional do Ministério da Saúde.

A pesquisa descrita foi de participação voluntária e livre, e baseada no anonimato. Consequentemente, foram criadas todas as condições necessárias para garantir o sigilo e a confidencialidade, protegendo assim a identidade dos participantes, os seus interesses, os dados e as informações a eles referentes através do preenchimento.

Antes da participação no estudo, os sujeitos tiveram acesso à informação relativa à pesquisa (objectivos, participantes, metodologia, procedimentos, benefícios, liberdade de recusar ou de desistir) e às pessoas nela envolvidas, de modo a ficarem devidamente esclarecidos sobre todos os aspectos relevantes.

Os procedimentos de pesquisa compreenderam, para além da disponibilização de informação para os participantes e todos os interessados, a submissão dos participantes a um questionário e a assinatura de um exemplar da *Declaração de Consentimento de Participação* antes do início da aplicação dos questionários.

O estudo não acarretou nenhum custo para os participantes, nem representou risco para os mesmos.

A aceitação de participar foi formalizada através da assinatura da *Declaração de Consentimento de Participação*. Tanto esta declaração como a restante documentação que foi posta à disposição dos participantes e interessados estava numa linguagem clara e acessível. No entanto, foi disponibilizado o contacto do pesquisador de forma a que os interessados pudessem beneficiar de toda a informação adicional de que necessitassem.

Os dados foram digitados no CEPAEP - Centro de Psicologia Aplicada e Exames Psicotécnicos em apenas um computador. Foram garantidas todas as medidas de segurança, visto que só tiveram acesso à sala o Investigador principal e o supervisor para a área de estatística e dados.

Os questionários foram codificados e guardados num arquivo de acesso restrito.

Os resultados do estudo podem servir de base para outros estudos e proporcionar planos de formação ou medidas específicas que possam melhorar o suporte e a resposta do grupo alvo (Médicos de Clínica Geral).

5.6.2 Procedimentos de Adaptação, Tradução e Retro-Tradução

Os *procedimentos de adaptação, tradução e retro-tradução* dos questionários obedeceram aos seguintes critérios:

Para os dois Questionários, a adaptação consistiu na inclusão de alguns itens e exclusão de outros e na adaptação da linguagem ao contexto Moçambicano por um grupo de trabalho constituído para o efeito.

Depois de testado, e identificadas as palavras de difícil enquadramento, o grupo de trabalho elaborou uma primeira versão consensual da tradução, que foi posteriormente testada.

Após se alcançar um consenso do grupo em relação aos itens problemáticos identificados na adaptação foi aprovada a ultima versão adaptada do instrumento.

PRÉ-TESTE: Os questionários foram testados, numa primeira fase, numa amostra de 15 profissionais de saúde mental pelo menos com o grau de licenciatura. Depois de revistos em função das principais questões apresentadas, foram testados numa amostra de 20 médicos de clínica geral para testar a facilidade de compreensão.

5.7 Análise dos Dados

5.7.1 Análise Quantitativa

Em primeiro lugar, para efeitos de análise estatística, foi criada uma base de dados, contendo os dados recolhidos nas unidades sanitárias e restantes serviços ou departamentos desses hospitais.

Seguidamente, a estatística foi dividida em duas partes: 1) descritiva (Distribuição dos dados por frequências absolutas e relativas referentes a cada uma das variáveis em estudo, incluindo as medidas de tendência central e de desvio (média e desvio padrão); 2) A análise estatística das hipóteses, usando as provas que permitem avaliar a relação de independência (Qui Quadrado - χ^2 , um teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas) e 3) a correlação entre variáveis (Spearman: ρ , rho), uma medida de correlação não-paramétrica, que avalia a relação entre duas variáveis, sem fazer nenhuma suposições sobre a distribuição de frequências das variáveis). Para a análise

estatística das correlações, foram eliminados os sujeitos que não responderam as questões.

Os dados colectados foram limpos de inconsistências com base no pacote informático e estatístico SPSS versão 20.

Para a aferição da consistência interna foi usado o teste de Alfa de Cronbach.

5.7.2 Análise Qualitativa

Para além da abordagem quantitativa, foi realizada a análise qualitativa baseada na a) análise do conteúdo temático (Bardin, 2006) de acordo com indicadores pré-estabelecidos (com base nas palavras chave e subdivisão das categorias a analisar de acordo com a grelha previamente elaborada com base nos dois questionários utilizados, de modo a obter categorias analíticas passíveis de serem agrupadas e analisadas.

PERIODO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO: O estudo decorreu entre o periodo de Novembro de 2013 a Agosto de 2014.

6. RESULTADOS

6.1 Caracterização da amostra

Dos 300 (100%) questionários distribuídos, 135 (54%) foram devolvidos e apenas 125 (41.6%) validados. Dos 125 médicos de clínica geral que responderam aos questionários, 39.2% eram provenientes do Hospital Central de Maputo (HCM); 14.4% do Hospital Central da Beira (HCB); e apenas 2.4% do Instituto do Coração (ICOR) (vide tabela 4).

Tabela 4.: Distribuição da amostra pelo local de trabalho

HCM - Hospital Central de Maputo	49	39,2
HCB - Hospital Central da Beira	18	14,4
HPQ - Hospital Provincial de Quelimane	13	10,4
MISAU - Ministério da Saúde	10	8
HCN - Hospital Central de Nampula	9	7,2
HGJM - Hospital Geral José Macamo	9	7,2
HGM - Hospital Geral de Mavalane	8	6,4
Centro de Saúde do Alto Maé	4	3,2
ICOR - Instituto do Coração	3	2,4
Centro de Saúde de Bagamoyo	2	1,6
TOTAL	125	100

Fonte: Dados da Pesquisa

Em relação ao sexo, observou-se que 74 (59.68%) dos inquiridos eram do sexo feminino e 50 (40.32%) do sexo masculino e a distribuição das idades variava dos 24 anos a idade mínima a 60 anos de idade máxima.

Relativamente ao tempo de trabalho no SNS (Sistema Nacional de Saúde), 11 (9.24%) trabalhava há menos de 1 ano e 57 (47.90%) trabalhavam há mais de 1 a 5 anos e 51 (42.66%) há mais de 5 anos.

Quanto à religião, dos 64 sujeitos que responderam à questão: 48 (48.8%) eram cristãos e 16 (12.8%) assumiram que professavam a religião muçulmana.

6.2 Identificação das experiências profissionais dos médicos em relação a saúde mental e suicídio.

A tabela 5 ilustra que um número considerável da amostra, 77 médicos (61.6%), revela ter contacto com profissionais da área da saúde mental e outros 41 médicos (32.8%) “às vezes”. Portanto, 118 médicos (94.4%) refere que já teve algum tipo de contacto com profissionais da área da saúde mental como se verifica na tabela 5 abaixo. Por outro lado, 6 médicos (4.8%) afirmam não ter nenhum tipo de contacto com os profissionais da área da saúde mental. Já vinte e cinco médicos (20%) salientam que as famílias de sujeitos com perturbação mental costumam contactá-los para pedirem ajuda e 48 médicos (38.4%) refere que “às vezes” existe esta solicitação de ajuda por parte do familiares de sujeitos que sofrem de perturbação mental. Assim, 73 médicos (58.4%) têm recebido pedidos e mantido contacto com familiares de sujeitos com doença mental. Entretanto, uma significativa percentagem (41.6%) realça não receber pedidos de ajuda por parte das famílias dos sujeitos com doença mental. Quarenta por cento dos médicos (n=50) salienta que já beneficiou de formação formal ou informal sobre saúde mental e apenas 6.4% respondeu que “às vezes” tem tido a formação. Pelo contrário, 46.4% assume que nunca teve formação formal ou informal em saúde mental.

Em relação a frequência de assistência a doentes com perturbação mental pelos clínicos gerais, 37.4% concordam que assistem com frequência pessoas com perturbação mental ou problemas do comportamento e outros, enquanto 35.8% referiram que assistiam “às vezes”.

Tabela 5: Contacto com profissionais de saúde mental

Contato com profissional de saúde mental	N	%
Sim	77	61.6
As vezes	41	32.8

Não	6	4.8
Não respondeu	1	.8
Total	125	100.0

Nas respostas qualitativas, encontramos os seguintes conteúdos relevantes: os “media têm um papel de grande influência na sociedade no que diz respeito a estigma em relação às doenças mentais” (Nº 5); “Os cuidados de saúde negligenciam muito as doenças mentais por falta de conhecimentos” (3º); “O inquérito é pertinente. Que haja maior iniciativa de camadas nos adolescentes e jovens que são a faixa etária com maior risco de suicídio” (Nº25).

Relativamente a cobertura acerca da saúde mental, 81.6% dos médicos, concordam que pode ser melhorada pelos média. Como se pode verificar no gráfico 7, a maior parte dos médicos (81.6%) concorda que *“se um suicídio ocorre na povoação, na escola ou no trabalho pode ter impacto em centenas de pessoas”*. E apenas 4.0% dos inquiridos mostra desconhecimento em relação ao assunto.

Gráfico 7: suicídio na povoação e impacto nas pessoas



Da análise do conteúdo dos dois questionários, agruparam-se os comentários e descrição de aspectos julgados relevantes sobre a doença mental e suicídio reflectidas nos seguintes comentários: “Os suicídios e tentativas de suicídio estão a ganhar contornos alarmantes dia-após-dia” (Nº42); “O suicídio é um distúrbio tal qual as outras patologias e merece igual atenção ou mais” (Nº65); “As pessoas que se suicidam ou tentam o suicídio precisam de cuidados de saúde mais abrangentes na área psicológica” (Nº60); “As doenças mentais devem ter algum controle, e

precisam não só dos serviços de saúde, é preciso que a família e a comunidade participem em sua recuperação e inserção social” (Nº64); “As pessoas perturbadas mentalmente ou que tenham susceptibilidade de cometer suicídio devem ser vigiadas e tomadas atenção redobrada quando por algum ou outro motivo tenham um intento suicida falhado” (Nº85); “Qualquer indivíduo que fale de suicídio ou manifeste ideias de suicídio deve ter seguimento por saúde mental” (Nº97).

6.3 Avaliação das percepções dos médicos em relação ao suicídio e as tentativas de suicídio

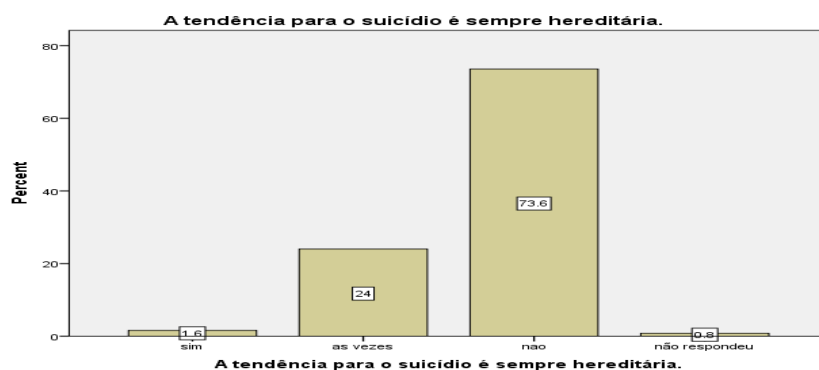
Uma parte significativa dos médicos (56%) acredita que as barreiras no acesso à saúde podem aumentar o risco de suicídio, enquanto 28% consideram que tal ocorre “às vezes”. Igualmente, 89.6% considera que os sujeitos que tentam o suicídio mereciam ter prioridade nos serviços de saúde, sendo que os restantes tem opinião contrária.

Mais de metade da amostra (61.8%) considera que “*o suicídio tende a ser mais comum em adolescentes, e idosos, alcoólatras, indivíduos vivendo sozinhos, indivíduos de algumas tribos*” e os restantes 29.27% considera que “às vezes” há esta tendência.

Vinte e um por cento consideram que “*o suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso*”, enquanto 44.8% respondem que tal ocorre “às vezes”. Porém, 66.4% acredita que no facto do suicídio ser impulsivo e acontecer sem aviso.

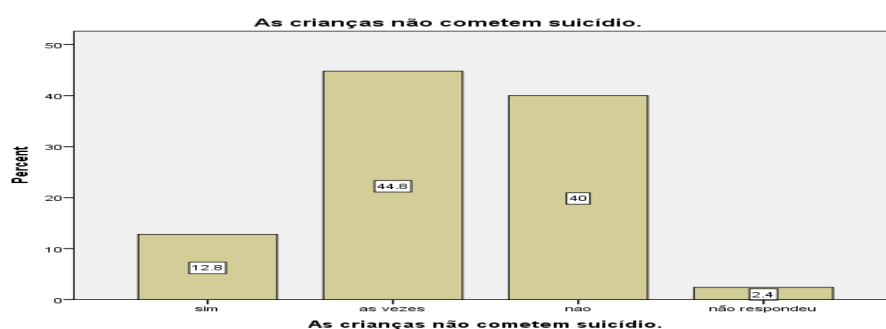
O fenómeno/comportamento suicidário não é tido como tendo tendências hereditárias por cerca de 73.6% da amostra, sendo os restantes com convicção contrária (vide gráfico 8).

Gráfico 8: suicídio e hereditariedade.



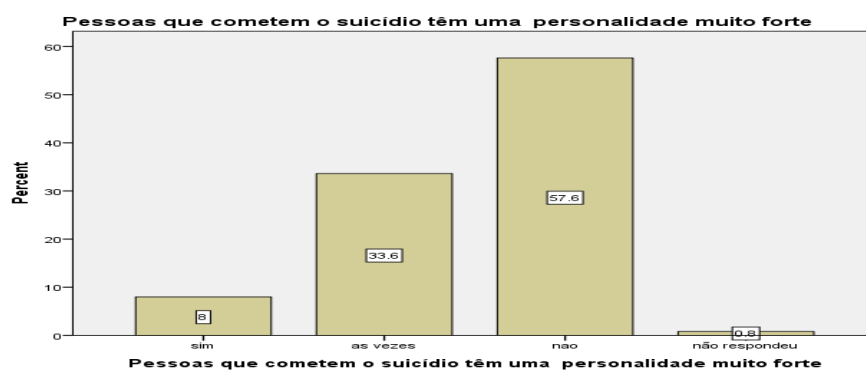
Sobre o suicídio em crianças, o gráfico 9 mostra que dezasseis médicos (12.8%) concordam que as crianças não cometem o suicídio. Pelo contrário 50 médicos (40.0%) consideram que as crianças cometem o suicídio e 56 (44.8%) acham que (às vezes) podem cometer.

Gráfico 9: suicídio em crianças



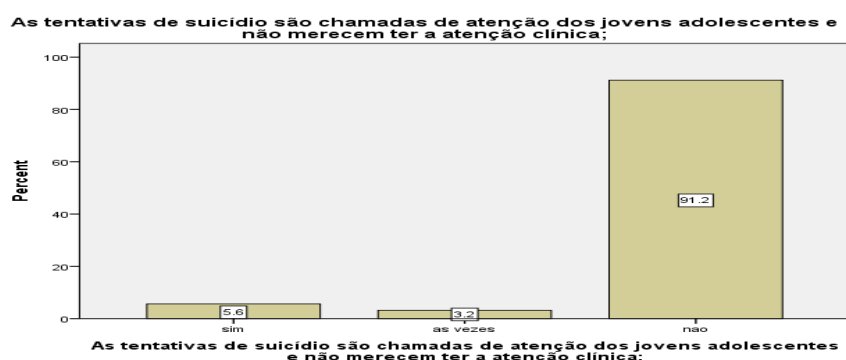
Podemos visualizar no gráfico 10 que a maioria dos médicos 72 (57.6%) “não” concorda que as pessoas que cometem o suicídio possam ter uma personalidade forte”; enquanto que 42 (33.6%) consideram que tal ocorre “às vezes”; sendo que dez médicos (8%) acreditam que “as pessoas que cometem o suicídio têm uma personalidade muito forte”.

Gráfico 10: suicídio e personalidade forte.



Relativamente às tentativas de suicídio e chamadas de atenção, representadas no gráfico 11, cento e catorze médicos (91.2%) não considera que *“as tentativas de suicídio sejam chamadas de atenção dos jovens adolescentes e não merecem ter atenção clínica”*. Entretanto, sete (5.6%) médicos tem opinião contrária.

Gráfico 11: Tentativas de suicídio e chamadas de atenção.

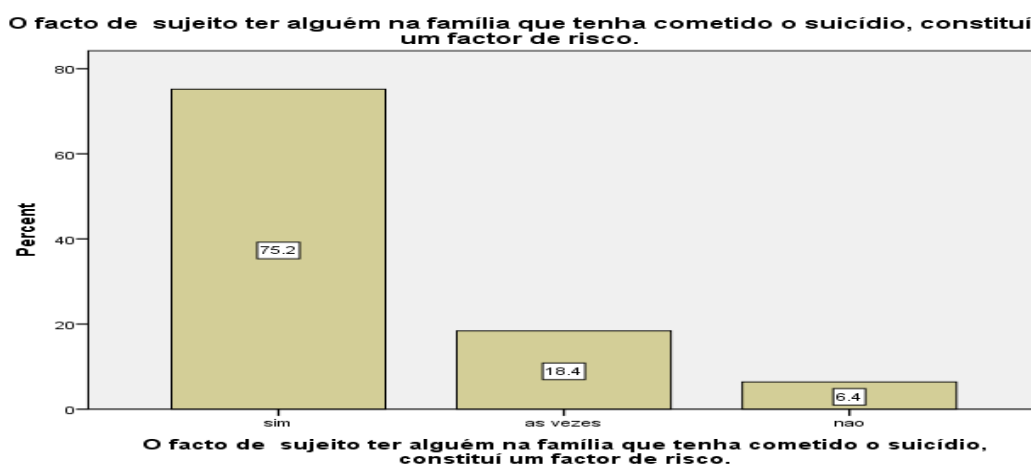


Cento e onze médicos (81.6%) consideram que um único suicídio pode afectar outras pessoas. Oitenta e seis médicos (69.35%) afasta a ideia de que *“grupos profissionais como médicos, dentistas e psicólogos são mais susceptíveis a cometer o suicídio”*. Apenas treze médicos (10.49%) considera que “sim”, ou às vezes (19.35%), estes grupos podem ter maior propensão para o suicídio.

Setenta e sete médicos (61.6%) consideram que os suicídios e tentativas de suicídio fazem parte da mesma classe de comportamentos, enquanto que vinte e seis (20.8%) consideram que os suicídios e tentativas de suicídio não fazem parte da mesma classe de comportamentos.

Em relação aos Factores de risco, pode se verificar na tabela 12 abaixo que embora noventa e quatro médicos (75.2%) concorde que “o facto de o sujeito ter alguém na família que tenha cometido o suicídio constitui um factor de risco”, uma pequena parte da amostra 8 (6.4%) não concorda.

Gráfico 12: suicídio na família como factor de risco.



Ainda no que se refere a família como factor de risco, acima da metade da amostra 76 (60.8%) discorda do facto de “apenas pessoas muito deprimidas cometerem o suicídio”. (vide tabela 12).

Entretanto e como podemos constatar no gráfico 13, uma parte significativa dos clínicos gerais discorda do facto de apenas pessoas muito deprimidas cometerem o suicídio.

Gráfico 13: Suicídio e depressão



6.4 Avaliação do estigma em relação ao suicídio e as tentativas de suicídio entre os médicos

Enquanto setenta e três médicos (58.4%) mostram-se cientes de que as pessoas que tentam o suicídio não têm problemas tradicionais ou espirituais, uma parte dos médicos (3.2%) considera que *“as pessoas que tentam o suicídio ou se suicidam têm problemas tradicionais ou espirituais”*, e outra 47 (37.6%) considera que tal ocorre *“às vezes”*.

Igualmente, existe uma percentagem considerável (64%) de clínicos gerais que acreditam que os sujeitos que se suicidam não merecem um funeral condigno.

Quarenta e um (32.8%) “não” consideram que as pessoas que falam sobre o suicídio apenas estejam a chamar a atenção, embora 18 (14.4%) considerem que falar sobre o suicídio seja uma forma de chamar a atenção.

6.5 Avaliação das atitudes dos médicos em relação as perturbações mentais e ao suicídio

As atitudes dos médicos de clínica geral de Moçambique em relação as perturbações mentais e ao suicídio foram avaliadas tendo em conta as componentes de (a) Conhecimento/crenças; (b) Sentimentos; e (c) Comportamentos.

a) Conhecimentos/Crenças

Restrição: Constatou-se que 27 médicos (17.6%) concorda de forma total ou parcial que quando um conjugue têm uma doença mental, a lei deverá autorizar o outro conjugue a pedir o divórcio.

Embora 98 médicos (68.0%) do total da amostra não se mostre favorável ao facto de sujeitos com perturbação mental não poderem contrair matrimónio, uma parte importante (24.0%) concorda parcialmente e 8 (4.8%) totalmente considerando *“não ser apropriado que as pessoas com doença mental se casem.*

Relativamente ao facto de que *“as pessoas que possuem doença mental não devem ter filhos”*, 37 (23.2%) concordam parcialmente e nove médicos (6.4%) concordam totalmente.

A tabela 5 mostra que sessenta e cinco médicos de clínica geral (52.0%) concordam parcialmente que a pessoa que fala sobre suicídio não fará mal a si e quer chamar a atenção, Quarenta e um médicos (32.8%) discorda da afirmação e uma pequena parte de médicos 18 (14.4%) concorda totalmente.

Tabela 5: Falar do suicídio e chamada de atenção

Válidos	N	%
Sim	18	14.4
As vezes	65	52.0
Não	41	32.8
Não respondeu	1	0.8
Total	125	100.0

Fonte: Dados da Pesquisa

Trinta e um médicos (20.6%) atribui aos sujeitos com doença mentais níveis de perigosidade superiores em comparação com os outros, mesmo beneficiando de

tratamento. Portanto, 9 médicos (7.2%) concordam integralmente e outros 69 médicos (55.2%) parcialmente que “*mesmo com tratamento, as pessoas com doença mental tendem a ser mais perigosas do que as outras*” (vide tabela 6).

Tabela 6: Doença mental e violência/perigosidade

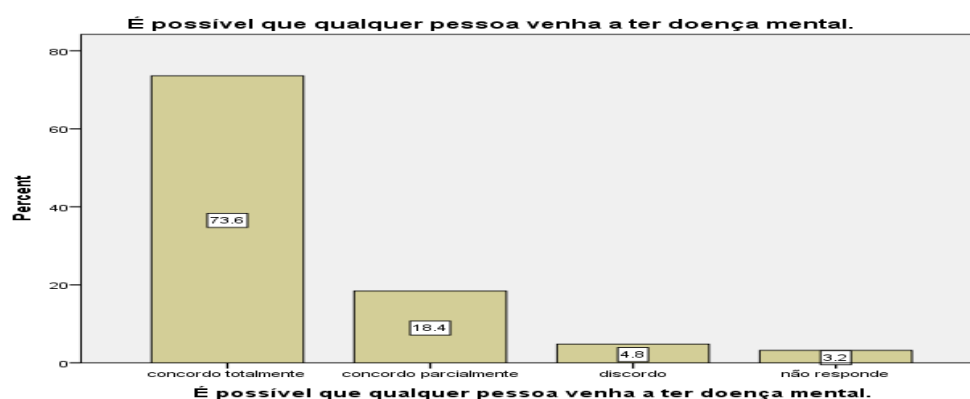
As pessoas com doença mental são perigosas e tendem a ser violentas.

Válidos	N	%
Concordo totalmente	9	7.2
Concordo parcialmente	69	55.2
Discordo	43	34.4
Não responde	4	3.2
Total	125	100.0

Fonte: Dados da Pesquisa

No gráfico 14, está registado que parte da amostra constituída por 111 médicos concorda na íntegra (73.6%) ou parcialmente 27(18.4%) que “*é possível que qualquer pessoa venha a ter doença mental*”. Já 7 médicos (4.8%) discordam que qualquer pessoa possa sofrer de uma perturbação mental.

Gráfico 14: possibilidade de qualquer pessoa ter uma doença mental.



Estigmatização: cerca de 139 médicos (92.8%) acreditam que, havendo um episódio de doença mental, esta tende a ser contínua, enquanto que 53 médicos (37.6%) concordam totalmente e outros 86 médicos (55.2%) parcialmente que se

um indivíduo for afectado uma vez por doença mental poderá facilmente ter uma recaída.

b) Sentimentos

Dezasseis por cento dos médicos evidencia receio em relação ao doente mental, mesmo que este tenha sido tratado. Por outro lado, 37 (24.7%) consideram que pacientes com doença mental e outros pacientes não devem ser tratados no mesmo hospital.

Paternalismo: verifica-se uma tendência acentuada para a demonstração de amabilidade com os sujeitos com perturbação mental, traduzidos em considerações como: Considerar que não se deve rir de sujeitos com doença mental e que se deve dar total protecção como se pode verificar no gráfico 15.

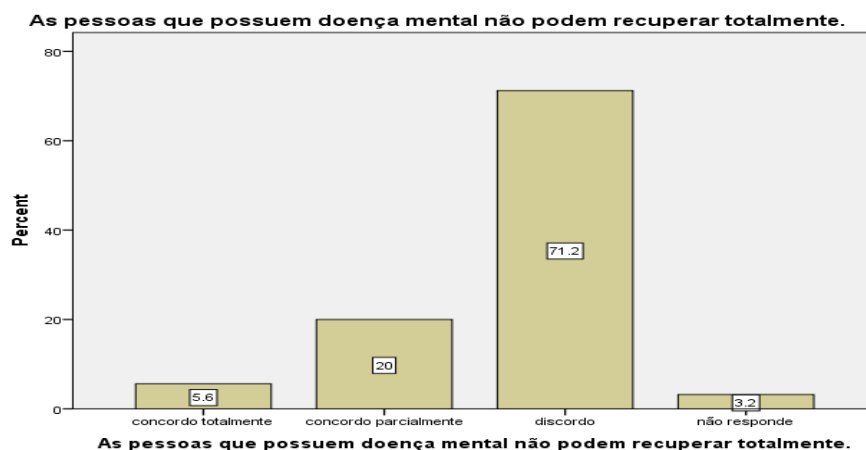
Gráfico 15: rir de sujeitos com doença mental



No que concerne à possibilidade de recuperação total dos sujeitos com perturbação mental, o gráfico 16 ilustra que quarenta e dois médicos (28.0%) têm uma perspectiva pessimista quanto a possibilidade de recuperação total dos sujeitos com perturbação mental, concordando na íntegra 9 (5.6%), e parcialmente 33 (20.0%), que "as pessoas que possuem doença mental não podem se recuperar totalmente". Por outro lado, a maior parte dos médicos que

constituem a amostra (71.2%) concorda com o facto dos sujeitos com doença mental poderem recuperar na íntegra.

Gráfico 16: doença mental e recuperação total.



Apesar de 131 médicos (87.3%) considerar que há futuro para os sujeitos com doença mental, encontramos 13 médicos (8.7%). que consideram que não há futuro para as pessoas com doença mental.

Pessimismo: Existe uma tendência a demonstrar uma visão negativista em relação as pessoas com doença mental, verificando-se que 7 (5.6%) as julga incapazes de melhorar, enquanto 18 (14.4%) considera que “*as pessoas com doença mental não conseguem manter um emprego*” e que as instituições e comunidades não devem conceder emprego aos sujeitos com doença mental.

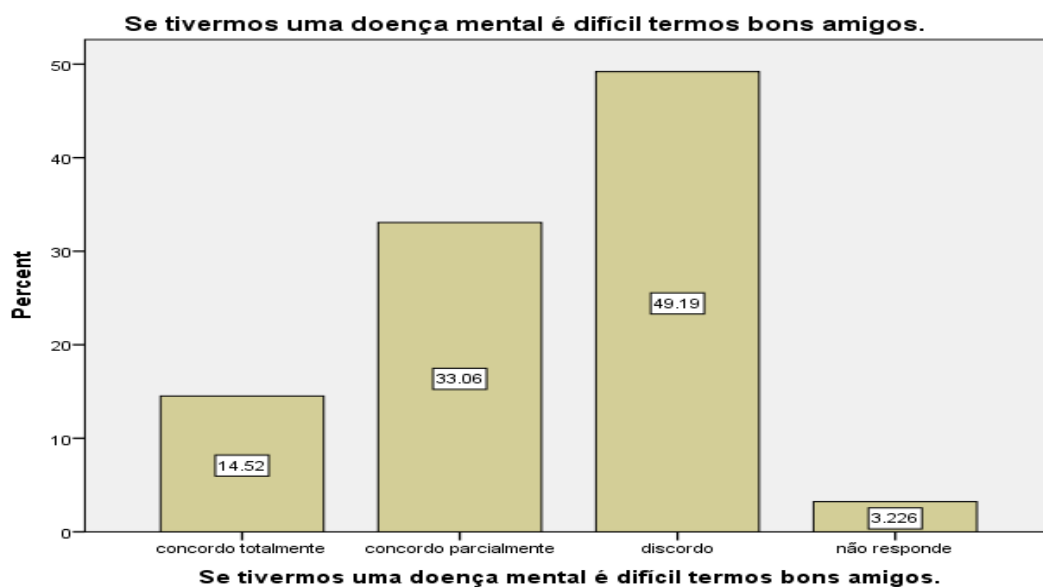
Vinte e um médicos (16.8%) considera de forma total ou parcial ser “*vergonhoso ter uma doença mental*”. Por outro lado, 100 médicos (80.%) não consideram a doença mental como vergonhosa e outros 5 médicos (3.3%) optaram por não responder a questão.

c) Comportamentos

Separação: Doze (9.6%) dos médicos concordam total ou parcialmente com facto de poderem sair do bairro, caso seja instalado um serviço de Saúde Mental. No entanto, a maior parte (88.8%) não concorda com a afirmação, não evidenciandoreceio em relação aos sujeitos com doença mental (80.8%), e não concordam ainda com a separação de doentes mentais de outros doentes colocando-os em hospitais diferentes (74.2%).

Quarenta e nove médicos (46.0%) concordam na íntegra e 47(33.06%) parcialmente que *“se tivermos uma doença mental é difícil termos bons amigos”*. Por outro lado, 75 médicos (49.19%) consideram que sujeitos com doença mental podem ter bons amigos (vide gráfico 17).

Gráfico 17: doença mental e de ter amigos



6.6 Descrição da relação entre variáveis

Em relação a associação entre as variáveis: *Tempo de trabalho no SNS* e a quem contactar *se estivesse a preparar um artigo sobre saúde mental*, há uma associação significativa ($p=0.021$) entre as duas variáveis. Entretanto, um número significativo de sujeitos correspondentes aos três grupos etários não responde a questão, evidenciando algum receio ou desconhecimento relativamente as matérias sobre a saúde mental.

Existe uma associação significativa ($p= 0.02$) entre as 3 variáveis (Sair do Bairro caso se instale um serviço de saúde mental, Considerar que não há futuro para as pessoas com doença mental e o Tempo trabalho no SNS).

É evidente a corresspondência entre os anos de trabalho no SNS e o número de sujeitos que discorda que sairia do bairro caso se instalasse um serviço de saúde mental e que igualmente consideram que existe futuro para os sujeitos com doença mental. No que concerne aos sujeitos com <1 ano, concordam com a ideia de que sairiam do bairro se fosse instalado um serviço de saúde mental e não vê futuro em relação aos sujeitos com perturbação mental. Portanto, sujeitos com poucos (<1 ano) de trabalho têm maior tendência a revelar atitudes de receio e afastamento,mostrando-se mais pessimistas em relação ao futuro dos sujeitos com perturbação mental.

Quanto as variáveis: Sair do bairro caso seja instalado um serviço de psiquiatria e saúde mental, Considerar que é possível que qualquer pessoa venha a ter doença mental e o Tempo de trabalho no SNS, existe uma associação significativa ($p= 0.02$) entre as variáveis. Os médicos que trabalham no SNS há mais de 5 anos concordam mais e discordam menos que é possível que qualquer pessoa possa sofrer de uma doença mental.

Há igualmente, uma forte relação de influência entre as variáveis ($p= 0.001$): tempo de trabalho no SNS, receio em relação aos sujeitos com doença mental mesmo após terem sido tratados e considerar que as pessoas com doença mental não têm futuro. O tempo de serviço (>5 anos) está mais relacionado a menos receio

de estar perto de sujeitos com perturbação mental e considerar que existe futuro para estes sujeitos.

Relativamente às variáveis: Receio de estar com sujeito com doença mental, mesmo que tratados, considerar que as pessoas com doença mental são mais perigosas que as outras e o Tempo de trabalho no SNS, verifica-se uma associação estatisticamente significativa ($p=0.001$) entre as variáveis acima descritas. Sendo que os médicos com mais anos de trabalho no SNS (>5anos) discordam mais que sujeitos com doença mental tendem a ser mais perigosos e evidenciam menos receio relativamente aos sujeitos com doença mental relativamente aos sujeitos com <1 ano no SNS que concordam existir alguma perigosidade nos sujeitos com perturbação mental, evidenciando igualmente algum receio. Médicos com 1-5 anos de trabalho no SNS discordam mais com o facto de sujeitos com perturbação mental serem perigosos. (vide gráfico 18)

Gráfico 18: tempo de trabalho no SNS/tratamento/perigosidade



Já no que se refere as variáveis: Considerar que Pacientes com doença mental e outros pacientes não devem ser tratados no mesmo hospital, as pessoas que possuem doença mental não devem ter filhos e o Tempo trabalho no SNS, verifica-se uma associação significativa ($p=0.058$) entre as variáveis.

VARIÁVEIS ESTIGMA E SEPARAÇÃO

Existe uma relação associação significativa ($p=0.01$) entre as variáveis: Tempo de trabalho no SNS, Criar amizade com sujeitos com doença mental e considerar que se alguém tiver uma doença mental uma vez, facilmente voltará a ter. Não parece haver uma correspondência nítida entre o tempo de trabalho no SNS e a tendência para concordar ou discordar com o facto de não se poder criar amizade com os sujeitos com doença mental. Assim, apenas o grupo com menos tempo de SNS (< 1ano) revela maior concordância com o facto de mesmo depois de recuperadas e reabilitadas não deveremos criar amizade com as pessoas com doença mental ou/e se alguém tiver sintomas de doença mental uma vez, facilmente voltará a ter.

No que se refere as Variáveis: Considerar que mesmo depois de recuperadas e reabilitadas não se deve criar amizade com as pessoas com doença mental, as pessoas que possuem doença mental não devem ter filhos e o Tempo trabalho no SNS, embora não se verifique uma associação estatisticamente significativa entre estas variáveis, há que realçar que uma boa percentagem de médicos com <1 ano no SNS ou aqueles que já estão entre 1 a 5 anos ou > 5anos, concordam que não se deve criar amizade com sujeitos com perturbação mental e que estes não devem ter filhos. O pouco tempo de trabalho no SNS (<1 ano) está relacionado com a percepção de que não se deve criar amizade com o sujeito com doença mental e que os mesmos não devem ter filhos.

Uma parte de médicos que trabalha no SNS de todos os grupos (<1 ano, 1-5 anos, >5anos) discordam com a premissa de não haver futuro e não se criar amizade com sujeitos com doença mental.. Entretanto, uma parte da amostra acredita que não há futuro e não se deve criar amizade com sujeitos com perturbação mental - <1 ano; - 1-5anos; >5anos com uma tendência a decréscimo em função do maior tempo de serviço no SNS.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ESTIGMATIZAÇÃO:

Verifica-se uma associação significativa ($p=0.07$) entre as variáveis grupo etário e considerar que mesmo com tratamento, as pessoas com doença mental tendem a ser mais perigosas. Encontramos nos médicos de todas as faixas etárias um elevado número que discordam com a premissa de que o sujeito com sintomas de perturbação mental, facilmente voltará a ter. Entretanto, uma parte concorda que mesmo com o tratamento os sujeitos com perturbação mental tendem a ser mais perigosos. Percebe-se que a faixa dos 30-34 anos é aquela que apresenta mais valores concordantes com a premissa de que os sujeitos com doença mental acarretam maior perigo.

Relativamente as variáveis: Estigma em relação com o suicídio e as tentativas de suicídios entre os médicos de clínica geral (em função do tempo de serviço no SNS, género e local de trabalho), a tabela 17 abaixo é demonstrativa das associações entre as variáveis já citadas.

Tabela 7: Associação das variáveis dos mitos em relação ao suicídio nos clínicos gerais em função do tempo de serviço, género e local de trabalho

Variáveis	Tempo de serviço	Género	Local de trabalho
	<i>Chi-quadrado (df); p</i>	<i>Chi-quadrado (df); p</i>	<i>Chi-quadrado (df); p</i>
O suicídio tende a ser mais comum em Adolescentes	1,721(4); <u>ns</u>	3,688 ^a (2); <u>ns</u>	35,552 (18),008*
A pessoa que fala sobre suicídio não fará mal a si própria.	5,918 (4); <u>ns</u>	1,991 ^a (2); <u>ns</u>	24,010 (18); <u>ns</u>
O suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso	12,401(4), 015*	4,223(2); <u>ns</u>	31,250(18), 027*
A tendência para o suicídio é sempre hereditária	4,990(4); <u>ns</u>	,089(2); <u>ns</u>	15,690(18); <u>ns</u>
Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre uma perturbação mental	2,209(4); <u>ns</u>	,827(2); <u>ns</u>	31,190(18), 027*
As crianças não cometem suicídio	1,863(4); <u>ns</u>	1,914(2); <u>ns</u>	22,790(18); <u>ns</u>
Pessoas que cometem o suicídio têm	8,146(4); <u>ns</u>		23,294(18); <u>ns</u>

uma personalidade muito forte			
As tentativas de suicídio são chamadas de atenção dos jovens adolescentes e não merecem ter a atenção clínica;	7,477(4); <u>ns</u>	2,975(2); <u>ns</u>	45,262(18),000*
Pessoas que se suicidam são frágeis e cobardes	4,104(4); <u>ns</u>	1,114(2); <u>ns</u>	29,493(18),043*
Sujeitos que se Suicidam ou tentam de suicidar-se apresentam problemas tradicionais e espirituais	2,212(4); <u>ns</u>	2,903(2); <u>ns</u>	27,435(18), <u>ns</u>

*** $p\text{-value} < 0.05$**

Ainda de acordo com o registado na tabela 7, existe uma associação significativa entre as variáveis: o local de trabalho dos clínicos gerais e a percepção de que o suicídio tende a ser mais comum em adolescentes, e idosos, alcoólatras, indivíduos vivendo sozinhos e de algumas tribos nativas. ($X^2 = 35,552$; $P < 0.05$).

A percepção sobre o facto de “os indivíduos que tentam ou cometem suicídio terem sempre uma perturbação mental” e o tempo de serviço ($X^2 = 12,401$; $P > 0.05$) e, em relação ao local de trabalho ($X^2 = 31,250$; $P < 0.05$) mostram-se com uma associação estatisticamente significativas o que não acontece em relação ao género ($X^2 = 4,223$; $P > 0.05$) onde não existe uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Relativamente à percepção sobre se a “*tendência para o suicídio é sempre hereditária*”, há uma relação de independência entre esta variável e o tempo de serviço ($X^2 = 4,990$; $P > 0.05$), género ($X^2 = 0,89$; $P > 0.05$) e local de trabalho ($X^2 = 15,690$; $P > 0.05$) dos clínicos gerais.

Não existe uma associação estatisticamente significativa entre percepção de “ter sempre uma perturbação mental nos indivíduos que tentam ou cometem suicídio” e o tempo de serviço ($X^2 = 2,209$; $P > 0.05$) ou o género ($X^2 = 0,827$; $P > 0.05$). Entretanto, a percepção de que “os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre uma perturbação mental” têm uma associação estatisticamente significativa em função da localização (local de trabalho) ($X^2 = 31,190$; $P < 0.05$) do clínico.

Quanto à percepção dos médicos sobre o facto de “as crianças não cometerem o suicídio”, esta não encontra associação estatisticamente significativa com nenhuma

das variáveis: tempo de serviço ($X^2=1,863$; $P>0.05$), gênero ($X^2=1,914$; $P>0.05$) e local de trabalho ($X^2=22,790$; $P>0.05$) do médico.

A percepção de que “as tentativas de suicídio são chamadas de atenção dos jovens adolescentes e não merecem ter a atenção clínica” têm uma associação estatisticamente significativa com o local de trabalho ($X^2=45,262$; $P<0.05$). Por outro lado, não há nenhuma relação de dependência com as variáveis tempo de serviço ($X^2=7,477$; $P>0.05$) e gênero ($X^2=1,914$; $P<0.05$).

Existe igualmente uma associação estatisticamente significativa entre a percepção de que “Pessoas que se suicidam são frágeis e cobardes” e o local de trabalho ($X^2=29,493$; $P<0.05$).

6.6.3. Estigma em relação com o suicídio e as tentativas de suicídio em função da informação e conhecimentos sobre saúde mental

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E RESTRIÇÃO:

No que se refere ao cruzamento entre as Variáveis: Sexo e a questão sobre se a cobertura acerca da saúde mental pode ser melhorada pelos Media, a tabela 8 ilustra que embora se mostrem variáveis com uma relação de independência ($X^2=5,128$; $p=0.07$) há uma visível tendência a influenciarem-se mutuamente (associação positiva)). Há uma tendência dos dois sexos em considerarem que a cobertura acerca da saúde mental pode ser melhorada pelos media.

Tabela 8: melhoria na cobertura de saúde mental/sexo

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,128 ^a	2	,077

Likelihood Ratio	5,041	2	,080
Linear-by-Linear Association	3,671	1	,055
N of Valid Cases	124		

Fonte: Dados da pesquisa

CRUZAMENTO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PESSIMISMO:

Na tabela 9 estão registados os dados em relação às variáveis: grupo etário e considerar que os sujeitos que tentam o suicídio não devem ter prioridade nos serviços de saúde. Existe uma associação significativa ($X^2=18,235$; $p=0.03$) entre o grupo etário e a percepção de que os sujeitos não devem ter prioridade nos serviços de saúde. O grupo etário dos médicos de 40 anos em diante é o que fornece mais respostas relativas ao julgamento de que os sujeitos que tentam o suicídio não devem ter prioridade nos serviços de saúde seguido da faixa dos 24 aos 29. Já a faixa de 30-34 e 36-39 não registou respostas concordantes com o facto dos sujeitos que tentam o suicídio não gozarem de prioridade nos serviços.

Tabela 9: sujeitos que tentam o suicídio e prioridade/grupo etário

Chi-Square Tests			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
Pearson Chi-Square	18,235 ^a	9	,033
Likelihood Ratio	15,156	9	,087
Linear-by-Linear Association	3,164	1	,075
N of Valid Cases	114		

Fonte: Dados da pesquisa

GRUPOS ETÁRIOS E ARTIGO SOBRE SAÚDE MENTAL

Embora não exista uma relação de dependência entre as variáveis grupos etários e a escolha de quem contactariam para escrever um artigo sobre saúde mental, todas

as faixas etárias consideram que em primeiro lugar contactariam aos Psiquiatras e Psicólogos. Por outro lado, esta foi a questão menos respondida por uma parte significativa de médicos.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONTACTO

Existe uma correlação positiva ($X^2=16,056$; $p=0.01$) entre as variáveis grupo etário e a percepção sobre se as famílias de sujeitos com perturbação mental costumam contactar para pedirem ajuda. Entretanto, nota-se que o grupo etário dos clínicos gerais de >40 anos e de 35-39 são os que mostram estabelecer menos contacto com os familiares de sujeitos com perturbação mental. (vide tabela 10)

Tabela 10: grupo etário/contacto das famílias dos doentes mentais

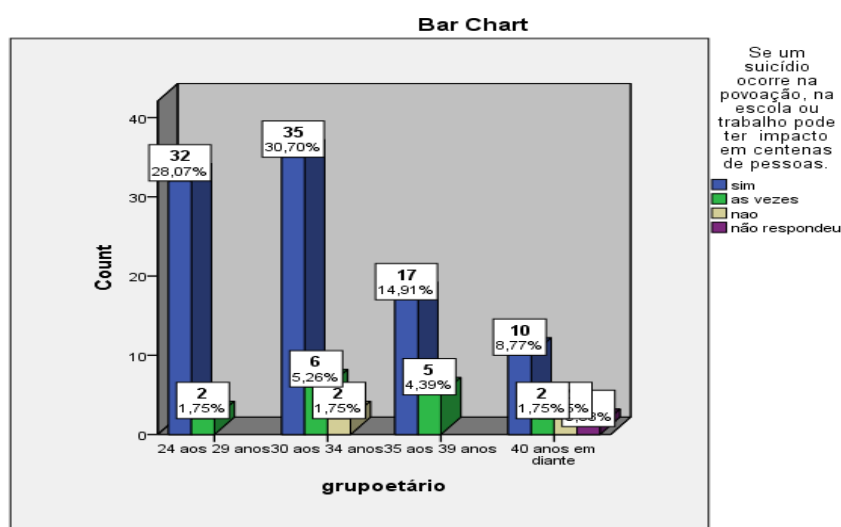
Chi-Square Tests			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
Pearson Chi-Square	16,056 ^a	6	,013
Likelihood Ratio	16,296	6	,012
Linear-by-Linear Association	7,661	1	,006
N of Valid Cases	114		

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ESTEROTIPIZAÇÃO

No que se refere as variáveis sociodemográficas e esteriotipização, o gráfico 19 mostra que existe uma associação significativa ($p=0.051$) entre as variáveis sociodemográficas (grupo etário) e a variável de esteriotipização (se um suicídio

ocorre na povoação, na escola ou trabalho pode ter impacto em centenas de pessoas). A faixa etária de médicos dos 24-29 e 30-34 mostra-se mais conhecedora do fenómeno, acreditando que se um suicídio ocorre na povoação, na escola ou no trabalho pode ter impacto em centenas de pessoas.

Gráfico 19: grupo etário/impacto do suicídio



6.6.4 Estigma em relação com o suicídio e as tentativas de suicídios entre os médicos de clínica geral (em função do conhecimento)

Para a análise destas variáveis socorremo-nos aos testes de independência do Qui quadrado representados na tabela 11.

Tabela 11: Associação das variáveis estigmatização e o conhecimento sobre saúde mental

Variáveis (Estigmatização)	Conhecimento
	Chi-quadrado (df); p
Se alguém tiver sintomas de doença mental uma vez, facilmente voltará a ter	1,001 (4); 0,910
As pessoas que possuem doença mental não podem recuperar totalmente	5,540(4); 0,236
Não há futuro para as pessoas com doença mental	,432(2); 0,806

Mesmo com tratamento, as pessoas com doença mental tendem a ser mais perigosas do que as outras	1,114(4); 0,892
É possível que qualquer pessoa venha a ter doença mental	2,521(4); 0,641
Depois do tratamento será difícil para a pessoa com doença mental voltar à sua comunidade.	7,963(4); 0,093
Se tivermos uma doença mental é difícil termos bons amigos	5,007(4); 0,287
É raro que as pessoas bem-sucedidas profissionalmente tenham doença mental	2,683(4); 0,612
É vergonhoso ter uma doença mental	9,522(4); 0,049 *
A doença mental é um castigo por má conduta	7,115(4); 0,130
As pessoas que têm doença mental não deverão falar da sua doença a ninguém	,634(2); 0,728

*** $p\text{-value} < 0.05$**

Ainda de acordo com os dados da tabela 11, em termos estatísticos, existe uma associação significativa entre as variáveis ($X^2=9,522$; $P>0.05$): percepção de que “*é vergonhoso ter uma doença mental*” e os conhecimentos em relação à doença mental.

As variáveis de Estigmatização: “as pessoas que têm doença mental não deveriam falar da sua doença a ninguém” ($X^2=,634$; $P>0.05$); “a doença mental é um castigo por má conduta” ($X^2=7,115$; $P>0.05$); “É raro que as pessoas bem-sucedidas profissionalmente tenham doença mental” ($X^2=2,683$; $P>0.05$); “Se tivermos uma doença mental é difícil termos bons amigos” ($X^2=5,007$; $P>0.05$); “Depois do tratamento será difícil para a pessoa com doença mental voltar à sua comunidade” ($X^2=7,963$; $P>0.05$); “Mesmo com tratamento, as pessoas com doença mental

tendem a ser mais perigosas do que as outras” ($X^2=1,114$; $P>0.05$); “Não há futuro para as pessoas com doença mental”; “As pessoas que possuem doença mental não podem recuperar totalmente” ($X^2=5,540$; $P>0.05$); mostram-se todas independentes da variável conhecimento (já beneficiou de alguma formação em saúde mental).

Como se verifica na tabela 12, para a avaliação da relação entre estas variáveis (factores de risco, conhecimentos, percepções da doença mental e suicídio dos médicos de clínica geral), consideradas fundamentais para o estudo, usamos o teste de correlação de Spearman, com o resumo dos resultados abaixo.

Tabela 12: Relação entre estas variáveis (factores de risco, conhecimentos, percepções da doença mental e suicídio dos médicos de clínica geral)

CONHECIMENTOS		
FACTORES DE RISCO	Grupos Profissionais como (Médicos, dentistas e Psicólogos) são mais susceptíveis a cometer o suicídio δ ;p	Já beneficiou de alguma formação formal ou informal sobre saúde Mental? δ ;p
O facto de sujeito ter alguém na família que tenha cometido o suicídio constitui um factor de risco.	0,097; 0,288	0,187; 0,039*
Apenas pessoas muito deprimidas cometem o suicídio;	-0,052; 0,571	-0,072; 0,436
PERCEPÇÕES		
Sujeitos que tentam o suicídio não devem ter prioridade nos serviços de saúde;	0,019; 0,838	-0,131; 0,152
O sujeito que se suicida não merece um funeral condigno à semelhança de alguém que	-0,157; 0,083	-0,075; 0,415

A tabela 12, acima testemunha a existência de uma relação positiva, fraca e estatisticamente significativa entre a percepção e conhecimentos sobre os factores de risco e o facto dos clínicos gerais se terem beneficiado de formação formal ou informal na área da saúde mental ($\delta=0,187$; $P=0,039$).

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1. Estigma em Relação ao Suicídio e as Tentativas de Suicídio entre os Médicos de Clínica Geral em Moçambique

Embora hajam evidência de alguns conhecimentos sobre o suicídio, uma parte não concorda que as barreiras no acesso à saúde possam aumentar o risco de suicídio e consideram que *“os sujeitos que tentam o suicídio não devem ter prioridade nos serviços de saúde”*. Provando algum desconhecimento e atitude desfavorável em relação aos sujeitos que tentam e cometem o suicídio o que pode acarretar dificuldades ou resistência no tratamento de sujeitos suicidas.

A falta de conhecimento sobre as causas e factores de risco para os comportamentos suicidários, opções de intervenção e tratamento, particularmente

no âmbito da doença mental, podem limitar a procura de ajuda individual ou dos próximos (Carvalho e cool, 2007, p.32).

De acordo com a OMS (2001) é relevante o envolvimento dos profissionais de saúde nas campanhas de informação/sensibilização sobre a prevenção do suicídio, comportamentos auto lesivos e actos suicidas.

Entretanto as percepções negativas como o facto de “*não merecerem prioridade nos serviços*” podem constituir-se como um indicador importante para aferição do nível de atenção que os clínicos gerais possam dar aos pacientes suicidas ou com perturbação mental.

Em Moçambique os clínicos gerais são os principais receptores nos locais de entrada das perturbações mentais e do comportamento e, também das tentativas de suicídio(nos cuidados de saúde primários, hospitais gerais e especializados). Estes clínicos gerais, estão autorizados a prescrever psicofármacos sempre que necessário (Santos, 2011). Logo, um dos aspectos preocupantes do nos resultados do estudo é a dificuldade dos clínicos gerais no reconhecimento dos factores associados ao suicídio e algumas atribuições que evidenciam algum estigma: cerca de metade da amostra que acredita que apenas pessoas deprimidas cometem suicídio, ou uma grande parte que acredita que as pessoas que tentam suicidar-se tem problemas espirituais, e cerca de dois terços que considera que as tentativas de suicídio são chamadas de atenção dos jovens adolescentes e não merecem ter atenção clínica, e mais de metade que considera que o suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso, mas também que as pessoas que se suicidam são frágeis e cobardes. São testemunhos da necessidade incontornável de uma atenção redobrada na formação,informação e envolvimento dos clínicos gerais sobre temáticas da saúde mental.

Um dos aspectos fundamentais que deve anteceder o tratamento da tentativa de suicídio é a sua prevenção. Para que isso aconteça é necessário conhecer o fenómeno, incluindo identificar os factores de risco, sinais de alerta e sintomas mais comuns da tentativa de suicídio, algo que não aparece consolidado numa significativa parte da amostra.

Sobre este aspecto Bertolote et al. (2010) sustenta que a avaliação sistemática do risco de suicídio em quadros que chegam à emergência médica deve fazer parte da prática clínica rotineira, para que os casos potencialmente fatais possam ser devidamente abordados e encaminhados. Isto exige uma efectiva supervisão e treinamento dos profissionais que se encontram nas principais locais de entrada das perturbações mentais e tentativas de suicídio.

Por outro lado, constatamos em parte considerável da amostra a existência de alguns mitos, que procuram explicar e demonstrar por exemplo que *“a pessoa que fala sobre o suicídio não fará mal a si própria, apenas quer chamar a atenção”* e, mesmo que *“a tendência para o suicídio é sempre hereditária.”* evidenciando deste modo algumas ideias falsas (crenças) sobre o fenómeno.

Estes resultados corroboram com os dados da OMS-AIMS (Santos, 2012) que realçam o facto de a formação dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários em Moçambique conter menos de 2% de conteúdos de saúde mental e a interacção entre estes profissionais e os serviços de saúde mental ocorre em menos de 20% dos casos.

Portanto, estes resultados enquadram-se com a perspectiva de Sartorius (2002) e Magliano et al (2012) que evidenciaram o facto de os profissionais de saúde, tal como a população em geral, poderem ter atitudes negativas e estigma em relação às pessoas com perturbações mentais, podendo agir em conformidade, uma vez feito e conhecido o diagnóstico psiquiátrico.

Outros pesquisadores (Lawrie et al., 1998; Uçok et al., 2006) têm mostrado que os médicos podem endossar visões negativas estereotipadas sobre os sujeitos com doença mental ou que tentam o suicídio. Respostas dadas pela metade da amostra como: *“as pessoas que cometem o suicídio têm uma personalidade muito forte”*, *“não merecem um funeral condigno”* ou os *“sujeitos com perturbação mental não deveriam ser tratados nos mesmos hospitais com outros doentes”* podem ser testemunhos desse facto.

As crenças tradicionais podem-se constituir como um forte obstáculo para uma melhor e adequada assistência aos sujeitos com doenças mentais, pois são considerados *“com problemas espirituais...”*.

A amostra, na maior parte distribuída pelas unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde, pode ser considerada significativa (não em termos estatísticos), na perspectiva em que não se pode tratar ou prevenir um fenómeno o qual já consideram que “*não é merecedor de atenção clínica*” e igualmente “*não são merecedores de um funeral condigno*”. E, ainda dificilmente poderemos prevenir ou actuar sobre fenómenos dos quais desconhecemos: “*É sempre impulsivo, apenas pessoas deprimidas cometem o suicídio*”.

Embora não tenhamos elementos para uma análise profunda da associação entre o local de trabalho dos clínicos gerais e as percepções (Mitos) sobre o suicídio, é legítimo pensar que em alguns locais onde a amostra foi recolhida a aproximação e a qualidade do contacto com profissionais de saúde mental e outras especialidades médicas, bem como a formação “informal” sobre temáticas de saúde mental, determinam uma melhor sensibilidade, conhecimento e um cuidado mais universal aos pacientes (Eytan et al., 2004), melhora as percepções, propicia a redução do estigma e o tratamento.

Estes resultados vão de encontro com as evidências de pesquisas (Holmes et al., 1999; Ligação et al., 1986; Penn et al., 1994) que apontam que a falta de familiaridade aumenta atitudes preconceituosas sobre a doença mental. Por outro lado, pessoas que estão familiarizadas com a doença mental por estabelecerem contacto com pacientes com doença mental muitas vezes são menos propensos a apoiar atitudes estigmatizantes (Corrigan et al., no prelo; Holmes et al., 1999; Ligação et al., 1986; Penn et al., 1994).

É evidente que o tempo de serviço, o contacto com profissionais da área da saúde mental e o local de trabalho têm influência na forma como os clínicos gerais percebem e tratam da doença mental e tentativas de suicídio. Embora, o grupo de profissionais com > 40 anos tenha a tendência a dar respostas desadequadas como: “os sujeitos que tentam o suicídio não devem ter prioridade nos serviços de saúde”, mas notamos também que é este grupo (> 40 anos) que revela ter menos contacto com familiares de sujeitos com perturbação mental.

As percepções de que “as tentativas de suicídio são chamadas de atenção dos jovens adolescentes e não merecem ter a atenção clínica” ou que “Pessoas que se

suicidas são frágeis e cobardes” têm uma associação estatisticamente significativa com o local e tempo de trabalho. Portanto, estes dados vão de acordo com a perspectiva de Kantorski et al., (2001) que considera que “ *o contacto dos profissionais de saúde com a doença mental, desmistifica o louco e a loucura*”.

De forma quantitativa e geral, é notória a falta de associação entre a maior parte dos itens da variável estigmatização e os conhecimentos (formação na área da saúde mental). Aspecto que contradiz a teoria e os estudos que mostram que a familiaridade com a doença mental inclui conhecimento e experiência com a doença mental (Holmes et al., 1999) e formação em temáticas da saúde mental estão associadas, mas também nos pode chamar a atenção para a necessidade de aferirmos se a qualidade do contacto e experiências com a área da saúde mental são suficientemente robustas, tendo em conta as questões culturais enraizadas.

Há neste estudo uma associação entre os conhecimentos adquiridos na área da saúde mental e as percepções relativas ao facto de os clínicos gerais considerarem a doença mental vergonhosa ou não (estigma).

7.2. Conhecimentos e Experiências dos Médicos de Clínica Geral em Moçambique em Relação ao Suicídio e às Tentativas de Suicídio

Apesar de um grande número de clínicos gerais trabalhar de 1 a 5 anos ou mais de 5 anos no Serviço Nacional de Saúde e uma parte considerável já ter-se beneficiado de formação formal ou informal sobre saúde mental, é significativo o número de clínicos gerais que realça que nunca teve formação formal ou informal sobre a abordagem do suicídio. Aspecto curioso, pois os clínicos gerais têm cadeiras de Saúde Mental nos seus currículos de graduação em medicina geral em todas as faculdades que formam médicos em moçambique.

Por outro lado, a maior parte da amostra considera que um único suicídio pode afectar pelo menos outras pessoas. O que revela algum conhecimento sobre o impacto psicossocial do mesmo.

A quase totalidade dos médicos concorda que *“se um suicídio ocorre na povoação, na escola ou no trabalho pode ter impacto em centenas de pessoas”*, revelando igualmente conhecimentos sobre os aspectos de impacto do suicídio. Uma boa parte da amostra sente que a cobertura acerca da saúde mental pode ser melhorada pela média, aspecto consonante com Carvalho (2007) que propõe uma abordagem a diversos níveis que inclua a população em geral: campanhas de combate ao estigma, literacia em saúde e com enfoque nos profissionais de cuidados de primários, médicos de clínica geral, média.

Na óptica da OMS (2001), para que isso aconteça, é preciso que o pessoal de saúde em geral receba formação quanto às aptidões essenciais dos cuidados em saúde mental.

Bertolote (2010, p. 94) considera que *“nem todos os casos de suicídio poderão ser prevenidos, entretanto, a habilidade em lidar com suicídio faz a diferença, pois milhares de vidas poderão ser salvas todos os anos se todas as pessoas que tentaram o suicídio forem adequadamente abordadas e tratadas...”* e, acrescentamos: se abandonarmos a postura como as de julgar que *“as pessoas que fazem tentativas de suicídio não devem ter prioridade nos serviços de saúde”*.

Uma pequena parte de clínicos gerais *“não”* concorda que *“um único suicídio possa afectar outras pessoas”* e afasta a possibilidade de *“grupos profissionais como médicos, dentistas e psicólogos”* poderem ser *“mais susceptíveis a cometer o suicídio”*, evidenciando um claro desconhecimento da teoria e estudos sobre o mesmo, e também uma atitude onipotente de protecção da classe (que também têm a ver com o estigma em relação à doença mental e suicídio que é vista como algo inerente aos outros). Esta resposta é condizente com outra, dada em relação aos Mitos, onde os médicos olham para o fenómeno do suicídio como coisa dos outros (alheia) e que *“não é possível que qualquer pessoa possa sofrer de uma doença mental”* - numa atitude marcadamente defensiva e que não contribui para a abordagem preventiva e de assistência clínica.

Sobre isto, Jaime Milheiro (1998) já realçava que o ser humano guarda em si uma espécie de grandiosidade, algo onipotente que faz com que pense que problemas ou determinadas perturbações só têm a ver com outros. É uma forma de

autoprotecção “projectiva” que permite manter a homeostase interna – enquanto se perceber as coisas que consideram “más ou insuportáveis” como fazendo parte dos outros, não há como existir preocupação com o mesmo, já que é nitidamente *“problema dos outros e não nosso”*. Mas também, se o problema é dos outros e não têm solução, então não haverá a partida qualquer esforço para colmatá-lo.

Sobre isto, ADEB (2011, p.1) refere que o estigma relacionado com a doença mental (e suicídio) provém do medo do desconhecido, dum conjunto de falsas crenças que origina falta de conhecimento e compreensão.

A preocupação com estes resultados tem a ver com o facto de que, em muitos casos, nos países de renda média a demanda e necessidade de assistência à população obriga a dependência quase exclusiva de médicos gerais para a prestação de serviços de saúde mental, para além de que estão presentes nas principais serviços de cuidados de saúde e de tratamento das várias perturbações mentais e do comportamento, tentativas de suicídio, devendo por isso, estarem munidos de conhecimentos e atitudes adequadas sobre a doença mental e o suicídio, minimizando os efeitos do estigma associado e potenciando o melhor tratamento, encaminhamento e a prevenção.

Respostas como considerar que *“sujeitos que se suicidam ou tentam suicidar-se apresentam problemas tradicionais e espirituais”*, a par de outros resultados do estudo, vão de acordo com a tendência encontrada nos estudos de Rodriguez et al (2012), evidenciando que as perturbações mentais foram associadas com a percepção de incapacidade e ideação suicida. Esta última relacionada em particular com a depressão: *“apenas pessoas muito deprimidas cometem o suicídio”*, esta visão pode afastar um rol de outras situações de risco não permitindo uma prevenção e assistência de qualidade.

A OMS (2001, p.11) considera que o controlo e tratamento de perturbações mentais, no contexto dos cuidados primários, é um passo fundamental que possibilita ao maior número possível de pessoas ter acesso mais fácil e mais rápido aos serviços, o que não só proporciona melhores cuidados, como também reduz o desperdício, resultante de exames supérfluos e de tratamentos impróprios ou não específicos.

Para isso, é necessário que os médicos de clínica geral se apropriem de conhecimentos sobre os factores de risco e manuseamento dos casos de tentativas de suicídio e outras perturbações mentais e do comportamento para além da desconstrução do estigma e ideias erróneas sobre a doença mental e suicídio. Sobre este aspecto a IASP/OMS (2006) preconiza que reconhecer, tratar e curar optimamente a depressão (doenças mentais) e os comportamentos suicidas, pode contribuir para a redução da taxa de suicídios (p. 342).

A OMS (2000) já alertava para a dificuldade de os clínicos lidarem com o suicídio e tentativas de suicídio e o facto de serem passíveis de passarem por *“descrença, perda de confiança, raiva e vergonha, e sentimentos de inadequação profissional, dúvidas sobre a sua própria competência e medo de perder a reputação”* (p.3).

Estes aspectos podem acelerar a resistência destes técnicos (sem treinamento e com pouco contacto com profissionais da área da saúde mental) a lidarem com os casos de doença mental e tentativas de suicídio, até porque a OMS (2000) reconhece que *“é um desafio especial para o médico trabalhar com a doença física e transtornos psicológicos simultaneamente”* (p.4).

Estudos de Moreira, et al (2007) constataam que pessoas que são bem informadas sobre a doença mental tendem a ser menos preconceituosas e mais compreensivas com o doente mental, reduzindo o estigma (Corrigan & Lundt, 2001).

Por outro lado, estes dados entram em dissonância com outros, que mostram que uma parte considerável de médicos evidenciam receio em relação ao doente mental, mesmo que este tenha sido tratado, e julgam que as pessoas com doença mental têm comportamentos imprevisíveis. Dos médicos de clínica geral, mais da metade acreditam que havendo um episódio de doença mental, esta tende a ser contínua e quase totalidade dos mesmos acreditam que não existem grandes possibilidades de recuperação. Este aspecto é fundamental para aferirmos a possibilidade destes clínicos gerais poderem lidar de forma eficaz com os casos de doença mental.

Provavelmente a explicação de Patel e Kleinman (2003) segundo a qual atitudes de estigma perante o doente mental se encontram influenciadas por factores (não só

relacionados com a formação e conhecimento) como raça, cultura e crenças religiosas, poderá justificar melhor este desfasamento.

7.3. Atitudes dos Médicos de Clínica Geral em Moçambique em Relação às Perturbações Mentais e ao Suicídio

Algumas das considerações realçadas pelos clínicos gerais como percepcionarem os sujeitos que fazem tentativas de suicídio como “frágeis” e “*não merecedores de atenção clínica*”, para além de associarem ao suicídio, problemas de índole cultural e tradicional podem constituir-se como um preditor para aferir sobre a atitude dos clínicos gerais face aos sujeitos que se suicidam ou tentam suicidar-se.

Uma considerável parte da amostra evidencia atitudes que denotam alguma separação que enfatizam a diferença entre pessoas com doença mental e a necessidade de colocá-las afastadas como: “*sair do bairro, caso seja instalado um Serviço de Saúde Mental, receio em relação ao doente mental, mesmo que este tenha sido tratado, pacientes com doença mental e outros pacientes não devem ser tratados no mesmo hospital*”, aspectos claramente associados ao estigma em relação à doença mental.

Autores como Barros et al. (2010) salientam que a característica de agilidade no manejo do paciente pode implicar algumas limitações, no que se refere tanto ao tratamento do paciente quanto à formação dos profissionais de saúde. Se estes aspectos estiverem associados ao estigma, então a atenção ao sujeito com perturbação mental ou suicida não será de maneira nenhuma efectiva.

Embora grande parte dos clínicos gerais não concorde com a afirmação da necessidade de sair do bairro em virtude da instalação de um serviço de saúde mental, e não demonstraram receio em relação ao contacto com os sujeitos com doença mental, ou não concordam com a separação de doentes mentais e outros em hospitais diferentes, considerando que se deve criar amizade com as pessoas com doença mental, existem muitas lacunas nestas informações com algumas crenças e preconceitos, como considerar ser “*vergonhoso ter uma doença mental*”,

“ser raro que pessoas bem-sucedidas profissionalmente tenham doença mental”, ou que a doença mental é um “castigo por má conduta”.

O receio demonstrado por parte dos médicos em relação a doença mental alimenta a premissa de que (ADEB, 2011) faz parte do “receio” que a sociedade tem, agindo em conformidade com as atribuições que fazem dos sujeitos: *“violência e perigosidade, comportamentos estranhos e imprevisíveis”* (quase totalidade da amostra). Portanto, são julgamentos infundados, e que não têm uma razão científica válida. Estas percepções e pensamentos conduzem a que lhes sejam negadas oportunidades de emprego, casa ou amizades: *“deve-se autorizar o divórcio, não devem contrair matrimónio e não devem ter filhos”.*

A tendência a considerar os sujeitos com perturbação mental como perigosos e com comportamentos imprevisíveis é revelador da “marca” do estigma. Portanto, clínicos gerais que supostamente deveriam tratar da doença poderão contribuir para a degradação do estado destes doentes, sabido que depois de recuperadas e de regresso á comunidade, estes doentes têm maior tendência para se mostrarem ansiosos, tímidos e passivos, mais sujeitos a serem vítimas de crimes violentos.(ADEP, 2011, P.2)

Respostas como: *“...não devem ser tratados no mesmo hospital”, ou “mesmo depois de recuperadas e reabilitadas não devemos criar amizade com pessoas com doença mental”* são indicadores de alguma necessidade de afastamento e consequentemente poderão ser um indicador importante relativamente às atitudes negativas de uma parte dos médicos e da sociedade em relação à doença mental.

ADEP (2011, P.1) salienta que *“as doenças mentais devem ser encaradas do mesmo modo como se olha para as doenças físicas. Tal como o cancro e as doenças de coração, sabe-se que muitas doenças mentais têm causas definidas, requerendo cuidados e tratamento”.*

Por outro lado, uma parte dos médicos considera que as pessoas com doença mental *“não conseguem manter um emprego”*, e que as instituições e comunidades não devam conceder emprego aos sujeitos com doença mental.

ADEP (2011) realça que quando os cuidados e tratamento são prestados, é de esperar uma melhoria ou recuperação, permitindo às pessoas regressarem à comunidade e retomarem a sua vida normal, incluindo obter níveis de qualidade superior no emprego pois, em todas as pessoas, a capacidade de progressão numa carreira depende dos talentos pessoais, da destreza, da experiência e motivação. O mesmo se passa com os sujeitos com doença mental, existindo muitos exemplos de pessoas com doenças mentais que, tendo recuperado, ascenderam a cargos de muito destaque e responsabilidade.

Por outro lado, verifica-se uma contradição em relação a uma tendência acentuada para a protecção, com demonstração de amabilidade para com os sujeitos com perturbação mental, traduzidos em uma parte considerável da amostra em concordar que *“não se deve rir de sujeitos com doença mental e que estes merecem ter um tratamento especial”*. Brewis (2007) refere que *“muitas mensagens negativas na área da saúde trazem consigo uma grande carga de mensagens morais negativas”*(p.2).

Já Pedroso de Sousa (2004, p. 192) salienta que a presença de crenças, ou ideias irracionais transmitidas sem base científica (*“não devem ter filhos, contrair matrimónio”*, etc.) podem gerar e alimentar o estigma e, com isso sentimentos insegurança e medo (perigosidade, afastamento), comportamentos inadequados de preocupação excessiva e super protecção dificultando assim os relacionamentos sociais, afectivos (2004, p. 192) e também clínicos.

7.4. Percepções dos Médicos de Clínica Geral em Moçambique em Relação às Perturbações Mentais

Uma parte considerável dos médicos considera que *“se alguém tiver uma doença mental uma vez, facilmente voltará a ter”*. Por outro lado, uma grande parte acredita que havendo um episódio de doença mental, esta tende a ser contínua, evidenciando pessimismo em relação à evolução da mesma. Tratando-se de médicos, este facto é preocupante pois pode interferir com a atenção e o tratamento dos sujeitos com perturbação mental.

Por exemplo, estudos de Loch (2011) mostraram que o estigma jogava um papel importante e com influência na frequência de re-hospitalização de indivíduos portadores de psicoses e perturbação bipolar (p.190).

Apesar de um número considerável achar que *“há futuro para os sujeitos com doença mental”*, um terço da amostra acredita que não há futuro para as pessoas com doença mental, espelhando alguma descrença que pode limitar a atenção aos sujeitos com perturbação mental, isto se atendermos ao facto de que Moçambique contava até 2007 com apenas 542 médicos em todo o país (INS, 2007) e actualmente, conta apenas com cerca de 1.108 médicos de clínica geral (MISAU, 2014).

Ewhrudjakpor et al. (2009) salientam que a população em geral espera atitudes negativas generalizadas para com a psiquiatria (tratamento de *“malucos”*) como uma disciplina, os profissionais que tratam (psiquiatras, técnicos de psiquiatria e psicólogos) e estudantes de medicina (futuros médicos). Os clínicos gerais são uma parte das escolas médicas, assim como eles também fazem parte da população e da comunidade em geral e, por isso, podem adoptar uma série de percepções e atitudes, crenças que se não forem correctamente *“tratadas”* ao longo da formação humana, académica e profissional, poderão perpetuar-se através de atitudes que põe em causa a integridade dos sujeitos com perturbação mental e com comportamentos suicidários.

Uma considerável parte atribui aos sujeitos com doenças mentais níveis de perigosidade superiores em comparação com os outros, mesmo beneficiando de tratamento. Do mesmo modo, concordam que mesmo com tratamento, as pessoas com doença mental *“tendem a ser mais perigosas e violentas do que as outras”*. Estes resultados vão de acordo com Peluso & Blay (2011) num estudo sobre o estigma público e esquizofrenia na cidade de São Paulo, onde pessoas com esquizofrenia foram percebidas como potencialmente perigosas por 74.2% da amostra da população em geral. Entretanto, a literatura (ADEB, 2011) revela que uma pessoa que tenha tido acompanhamento psiquiátrico, mas sem passado criminal, tem menos probabilidades de vir a ser preso do que a média dos cidadãos (p.2)

Embora o grosso dos médicos revele uma opinião favorável à integração dos sujeitos com perturbação mental na comunidade após o tratamento, uma parte significativa de médicos concorda que *“depois do tratamento será difícil para a pessoa com perturbação mental voltar à comunidade...”*. Alguns estudos (Balon et al., 1999; OMS, 2003) encontraram nos clínicos gerais atitudes negativas semelhantes às da população em geral. Os clínicos gerais fazem parte da sociedade, cultura e também comungam das atribuições, crenças e percepções negativas sobre o adoecer psíquico.

Se grande parte dos médicos não mostra nenhum complexo em relação à doença mental, a verdade é que uma fracção importante da amostra considera ser *“vergonhoso ter uma doença mental”*, acreditando mesmo ser *“raro que pessoas bem-sucedidas profissionalmente tenham doença mental”* e alguns considerando mesmo que se trata de um *“castigo por má conduta”*.

Para além de julgarem a doença mental como vergonhosa, consideram que as pessoas que têm doença mental *“não deverão falar da sua doença a ninguém”* aspecto corroborado por (Balon et al., 1999; OMS, 2003; Lingeswaran, 2010) que consideram que os clínicos gerais também sofrem a influência do sistema de crenças comuns da população em geral.

As pessoas com doença mental são definidas por uma grande parte como *“capazes de prejudicar os outros, possuidores de comportamentos estranhos e imprevisíveis, com baixo QI”*, atribuições que coexistem com outras variáveis que enfatizam a diferença entre pessoas com doença mental e a necessidade colocá-las afastadas: podendo sair do bairro no caso de instalação de uma unidade de saúde mental e receio em relação ao doente mental mesmo que tenha sido tratado.

A visão negativista em relação as pessoas com doença mental, julgando-as *“incapazes de manter um emprego”*, e que as instituições e comunidades não devam conceder emprego aos sujeitos com doença mental, reflectem ideias irracionais fruto do desconhecimento e de crenças enraizadas de base não científica, mas interiorizada numa parte dos médicos de clínica geral que participaram do estudo.

O facto de um número razoável de médicos concordar que os *pacientes com doença mental e outros pacientes não devam ser tratados no mesmo hospital*, que a família não constitui uma fonte de ajuda aos sujeitos com doença mental e que os doentes mentais não podem ter uma recuperação total é significativo e indicador da atitude que os profissionais podem ter na abordagem da doença mental.

7.5. Conhecimentos dos médicos de clínica geral em Moçambique em relação às perturbações mentais

Uma parte significativa de médicos assume que não assiste com frequência as pessoas com perturbação mental e do comportamento, embora outra parte revele já ter tido algum tipo de contacto com profissionais da área da saúde mental e familiares de doentes mentais.

Ora, os conhecimentos e as experiências com a doença mental (Holmes et al., 1999) são reconhecidos como favorecedores da diminuição do estigma e melhoria na qualidade tratamento. Embora do ponto de vista global se verifiquem resultados animadores, numa perspectiva qualitativa, julgamos que o número de médicos que revela desconhecimento em relação aos direitos (não podem casar, ter filhos e ter um emprego) ou sobre a própria natureza da perturbação mental (comportamentos imprevisíveis, baixo QI, prejudicam outras pessoas) pode ser considerado significativo e revelador de preocupação e atenção aos mais diversos níveis de gestão de políticas e de organização dos serviços de saúde em geral e de saúde mental em particular, pois esta não pode ser vista como uma questão estritamente de saúde mental, mas sobretudo de saúde. Como nos lembra a OMS: “There is no Health without mental Health”.

7.6. Estigma em Relação com as Perturbações Mentais entre os Médicos de Clínica Geral em Moçambique

A análise da dimensão Estigmatização no questionário sobre as atitudes em relação à doença mental forneceu-nos elementos indicadores da presença de algumas crenças, com uma parte considerável de médicos a considerar: “*ser vergonhoso, perigoso, violento ou não haver futuro para os sujeitos com perturbação*”

mental". Nas perguntas abertas, são visíveis algumas atribuições aos sujeitos com doença mental: *"o exemplo das pessoas que praticam curandeirismo ou que consultam o curandeiro pode ser motivo; Indivíduos possessivos e que acreditam muito no obscurantismo"* que remetem para a uma interpretação causal com base em crenças tradicionais enraizadas nos sujeitos da amostra.

Hinshaw e Cicchetti (2001) salientam que o estigma relacionado com a doença mental é, provavelmente, proveniente do medo do desconhecido, de um conjunto de crenças e estereótipos que perpetuam a falta de conhecimento e compreensão, mas também a atenção e tratamento aos sujeitos com perturbação mental.

Percepções de cunho tradicional e espiritual jogam um papel relevante no desenvolvimento e manifestação das doenças mentais, e interferem negativamente com o tratamento. Embora, exista uma boa parte de médicos que realça o facto de já se ter beneficiado de formação e estabelecido algum tipo de contacto com os serviços de saúde mental, o fundamental é que esse contacto seja de qualidade e em instituições com uma organização que permita olhar para a questão humana e técnica.

Atendendo ao contexto de Moçambique, esse contacto, pelo menos ao nível do hospital psiquiátrico, poderá alimentar ainda mais o estigma. No estudo de Santos (2011) um dos aspectos que reflecte o estigma e que pode contribuir para o mesmo é que *"...as admissões involuntárias e o isolamento ou reclusão dos pacientes são práticas comuns mas não são registadas nestes hospitais..."*. (p. 7).

Portanto, mesmo que estes clínicos gerais sejam submetidos a estágios formativos nos contextos de saúde mental (hospitais psiquiátricos), a própria organização dos serviços de saúde mental e o funcionamento destes hospitais pode incrementar o a aversão, o estigma e a necessidade de fuga destes profissionais, alheando-se completamente da assistência ao doente mental e contacto com a saúde mental.

7.7. Percepções dos Médicos de Clínica Geral em Moçambique em Relação as Perturbações Mentais

Uma das dimensões importantes que foi usada para a avaliação do estigma foi a averiguação das percepções dos clínicos gerais sobre a doença mental.

Verificou-se numa parte importante de médicos a tendência em *“considerar as pessoas com doença mental como capazes de prejudicar os outros”*, mais de metade que consideram *“possuidores de comportamentos estranhos”* e quase totalidade da amostra que acham que estes *“doentes são imprevisíveis”*, mas também uma parte que julga que estes *“têm um baixo QI”* e podem ser *“perigosos”*. Estes números estão próximos daqueles que se encontram no estigma da população no geral (Sartorius, 2002; Tasman e Mohr, 2011), evidência que o estigma não se limita a população em geral, mas pode abarcar também os profissionais (estigma profissional)..

Neste caso, o estigma pode ser directo, óbvio, por exemplo quando alguém faz uma apreciação negativa sobre o sujeito, sua doença e/ou tratamento. Mas também pode se manifestar de forma subtil, indirecta, através de suposições e atribuições desfavoráveis (por exemplo: *“instável”*) baseadas apenas na condição de saúde do sujeito, e neste caso o sujeito pode julgar-se a si mesmo com tais atributos negativos.

Em Moçambique, como numa boa parte dos países em vias de desenvolvimento, tem sido noticiado e exposto situações que atentam contra os direitos dos doentes mentais: amarrados às árvores e privados de liberdade, por exemplo. A necessidade de *“esconder”* pode resultar de um receio de ser rejeitado e desvalorizado, devido a uma doença, como se esta fosse um mal e contagiante (Honwana, 1999). Sobre isto, a OMS, chama-nos a atenção para o facto de: *“...Falsas crenças sobre doença mental podem causar problemas significativos...”* (OMS, 2001, p.4).

7.8. Relação entre as variáveis.

Existe uma correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa entre os conhecimentos dos clínicos gerais (beneficiar-se de formação em saúde mental) e a percepção sobre os factores de risco. Esta relação vai de encontro com algumas perspectivas teóricas que aventam que há uma relação entre a formação em matéria de saúde mental e a percepção dos factores de risco (conhecimentos) associados ao suicídio e tentativas de suicídio.

A OMS (2000) reforça a importância da formação dos clínicos gerais para as questões relacionadas com a saúde mental e suicídio de forma a identificar, avaliar e manejar pacientes suicidas. O risco de suicídio é aumentado em condições físicas crónicas (doenças tratadas maioritariamente pelos clínicos gerais). Além disso, existe uma taxa aumentada de perturbações psiquiátricas, principalmente a depressão, em sujeitos com doenças físicas. A cronicidade, limitações e prognóstico reservado correlacionam-se com o suicídio.

Não existe uma correlação entre o conhecimento de que certos grupos profissionais, como Médicos, Dentistas e Psicólogos, são mais susceptíveis a cometer o suicídio e a percepção dos factores de risco familiares do suicídio, embora seja visível numa grande parte dos médicos a percepção de que estes grupos profissionais não acarretam risco para o suicídio, o que pressupõe a não integração dos conceitos teóricos relativamente aos grupos de risco.

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A amostra foi recolhida por conveniência e não respeitou integralmente o plano de recolha que deveria privilegiar os médicos de clínica geral a trabalhar nos cuidados

de saúde primários. Entretanto, devido as graves dificuldades na recolha da amostra, foi alargado o âmbito de recolha para outras unidades.

A escassez de pesquisa e dados sobre o suicídio, tentativas de suicídio e o impacto do estigma em Moçambique, bem como a dificuldade em colectar a amostra do estudo, podem não ter contribuído para a aferição da real dimensão do problema do estigma e percepções sobre a doença mental e o suicídio nos médicos de clínica geral em Moçambique, através das provas estatísticas.

Uma outra limitação do estudo foi a adaptação dos questionários e a sua tradução, que limitou a construção das grelhas para a análise.

9. CONCLUSÕES

Embora o estudo não permita afirmar categoricamente que existe o estigma (construto de difícil medição) em relação ao suicídio e à doença mental nos clínicos gerais, encontramos evidências de percepções negativas, deficit de conhecimentos

relacionados com a doença mental e o suicídio e também atitudes negativas e desfavoráveis em relação aos doentes mentais e aos comportamentos suicidários, podendo estes estarem associadas ao estigma. Por outro lado, foram encontradas afirmações contendo vários graus de estigmatização do suicídio e das doenças mentais.

Pelos mitos, atribuições místicas e respostas que evidenciam a restrição, separação em relação aos sujeitos com comportamentos suicidários e com perturbação mental, bem como algumas respostas que evidenciam a falta de conhecimento sobre estas temáticas, podemos confirmar a existência do estigma em relação ao suicídio e perturbação mental entre os médicos de clínica geral, e constatar que está relacionada com as percepções, atitudes e conhecimentos mais ou menos favoráveis sobre o suicídio e a doença mental.

Uma parte da amostra revelou dificuldades no reconhecimento dos factores associados à doença mental e ao suicídio, evidenciando algumas atribuições de carácter tradicionais ou espiritual, ideias falsas (crenças ideias erróneas) e mitos em relação ao fenómeno do suicídio, mas também representações que mostram uma visão incorrecta sobre os direitos das pessoas com perturbação mental, pessimismo em relação à sua condição clínica, possibilidade de recuperação, emitindo opiniões negativas e com atitudes de afastamento.

Embora uma boa parte da mostra evidencie conhecimentos sobre impacto psicossocial do suicídio, ainda assim há uma tendência discriminatória em relação aos sujeitos que tentam ou cometem o suicídio.

Por outro lado, não foi confirmado que os médicos de clínica geral que revelam atitudes positivas em relação à doença mental, tenham igualmente menos estigma em relação à doença mental, suicídio e tentativas de suicídio (correlação positiva entre atitudes em relação à doença mental e estigma em relação à doença mental, suicídio e tentativas de suicídio), rejeitando-se assim a segunda hipótese proposta no estudo.

Ficou demonstrado que os clínicos gerais com contacto frequente com os serviços de saúde mental e que tiveram formação na área da saúde mental têm melhor percepção, nomeadamente dos factores de risco e uma atitude adequada em

relação aos sujeitos com doença mental e suicídio, com respostas adequadas e optimistas e uma perspectiva positiva em relação a doença mental.

Estes elementos levam-nos a confirmar os constructos teóricos de que as crenças e conhecimentos sobre as causas das perturbações mentais estão relacionados com atitudes positivas ou negativas sobre as perturbações mentais, tentativas de suicídio e suicídios.

Os médicos de clínica geral são uma parte das escolas médicas, assim como fazem também parte da população e da comunidade em geral. Por isso, podem ter percepções, crenças e adoptar uma série de atitudes tal como o público em geral, evidenciando desconhecimento e até preconceito em relação ao sujeito com perturbação mental. Estes podem ainda evidenciar algumas atitudes negativas graves como a privação dos direitos civis (casar, ter filhos e trabalhar) limitando inclusive a prioridade destes no acesso aos serviços de saúde.

Portanto, características sócio demográficas como a idade, o tempo de contacto com os serviços e profissionais de saúde mental, a formação em matérias de saúde mental estão associados com menos estigma e atitudes mais positivas em relação à doença mental, ao suicídio e tentativas de suicídio.

Foi possível demonstrar que o tempo de contacto com os serviços de saúde Mental e a formação na área da saúde mental estão associados a melhoria nos conhecimentos sobre a saúde mental, percepções e atitudes adequadas para com os sujeitos com perturbação mental e comportamentos suicidários. Médicos que mantêm contacto com os serviços de saúde mental e beneficiaram de formação formal ou informal tendem a ser menos preconceituosos e mais compreensivos em relação a doença mental.

Uma das grandes constatações do estudo é a que o estigma não se limita a população em geral, mas abarca também os profissionais da saúde (estigma profissional).

Por outro lado, uma parte dos médicos com contacto, formação e informação, continuaram a revelar algumas atitudes como receio e afastamento dos sujeitos

com perturbação mental, aspecto que pode ser explicado como algo que resulta da influência de factores contextuais e culturais, e não apenas de factores relacionados com a formação.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aaron, PG et al. Not all Reading disabilities are alike. Journal of LEARNING Disabilities. 32, 120-37.2002).

2. Abiodan AO. Physical morbidity in psychiatric population in Nigeria. *Can Hosp Psychiatry*. 2001; 22(3):195-9.
3. Albano, M. C. (1997). *Importância do trabalho social em saúde mental: “uma experiência de trabalho social no hospital psiquiátrico do infulene”*. Revista o Rosto da Mente, No 1, Junho. 1997.
4. Airi Varnik et al. (2009). Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15-24 in 15 European Countries. In *Journal of Affective Disorders*, 113 (2009) 216-226.
5. Anglin et al. (2006). SACPA Cost Analysis rReport (First and Second Years). Sacramento: Department of Alcohol and Drugs Programs.
6. Andermann et al. X-Linked malformations of Neuronal Migration. *Neurology*, 47: 331-339.(1995).
7. Avarnik, K Kolves et al. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-especific analysis of countries participating in the “European Alliance against Depression”. In *J. Epidemiol. Community Health* 2008; 62; 545-551.
8. Baer, L., Blais, A. M. (2010). *Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health*. Boston: Human Press.
9. Batty, G. D., Whitley, E., Deary, I. J., Gale, C. R., Tynelius, P., Rasmussen, F. (2010). *Psychosis alters associations between IQ and future risk of attempted suicide: cohort study of 1, 109,475 Swedish men*. *BMJ*; 340:C2506.
10. Balon R, Franchini GR, Freeman PS, Hassenfeld IN, Keshavan MS, Yoder E; Medical Students’ Attitudes and Views of Psychiatry: 15 Years Later: *Academic Psychiatry*; 1999; 23:30-36.
11. Barros RE, Marques JM, Carlotti IP, Zuardi AW, Del-Ben CM,. Short Admission in na emergency psychiatry institution. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010; 323 (2): 145-51.
12. Barros, ER; Tung, CT; Mari, JJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Ver Bras Psiq*. Vol 32. Supl II. 2010. S71-S77.
13. Bitmann, R; Hammer, J. Longitudinal Impact of Public Stigma on Self-Stigma: IS Societal Stigma Internalized? *American Psychol Assoc*. 2012.
14. Berlote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br Psychiatry*. 2003;183:382-383.

15. Berlote JM, Fleishmann A, Eddleston M, et al. Deaths from pesticides poisoning: a global response. *Br J Psychiatry* 2002;189: 201-3.
16. Botega, N. J., Silveira, I. U., Mauro, M. L. F. (2010). *Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio*: Rio de Janeiro:ABP.
17. Brakel, VHW. Measuring health-related stigma – A literature review. *Psych, Health e Medicine*. 11(3): 307-334. 2006.
18. Ceita, V. e Colaboradores (2014). *Suicídios autopsiados no Serviço de medicina legal*. Maputo: HCM (Não publicado).
19. Cabral, A & Nick, E. (1986). *Dicionário técnico de Psicologia*. São Paulo: Cultrix.
20. Caldas de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: An overview of mental health care reforms in Latin America and Caribbean. *Psychiatr Serv*. 2010; 61(3): 218-21.
21. Caldas de Almeida, JM; Gusmão, RM; Xavier, M; Heitor, MJ; Bento, A. O peso das Perturbações Depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidade de informação em Portugal. *Acta Méd Port*. 2005; 18: 129-146.
- 22.
23. Calderelli, P. (1972). *Dicionário enciclopédico Psicologia geral*. São Paulo: Formar.
24. Chachamovich, E., Stefanello S., Botega N., Turecki G., (2009). *Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre a depressão e o suicídio?* *Rev Bras Psiquiatria*.; 31(Supl.I): S18-25.
25. Corrigan, P., Lundin, R. (2001). *Don't call me nuts: coping with the stigma of mental illness*. Illinois: Abana Press.
26. Corrigan, P. (2004). *Howstigma interferes with mental health care*. *American Psychologist*, 59, 614-625.
27. Corrigan P., Backs A, Green A, et al: Prejudice, social distance, and familiarity with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, in press. 2002; 1(1): 16-20.
28. Corrigan PW, Watson AC, Ottati V (2003): From whence comes mental illness stigma? *International Journal of Social Psychiatry*; 49:142—157.
29. Corrigan, P, Powell, K. How does Stigma work in people with serious mental illness? *Psych Rehabil Jour*. 35 (5). 381-384. 2012.

30. David, R., Offort et all. (1999). *"one-Year prevalence of psychiatric Disorder in Ontarians 15 to 64 Years of Age."* Canadian Journal of Psychiatry, 41 (9): 559-63.
31. DCPN-NCD (2006): Disease control priorities project-Mental and Neurological Disorders, July; website information from www.dcp2.org as accessed in September, 2011.
32. De Leo, Evans R. Neulinguer K. Hanging, Firearm. And non-domestic gas suicides among males: a comparative study. Aust N Z J Psychiatry. 2004; 36:183-9.
33. Doron e Parot (2001). Dicionário de Psicanálise. Lisboa: Climepsi.
34. Dyduch, A; Grzywa, A. Stigma and related factors basing on mental health illness stigma. Pubmedgov: US Nac Library of Medic NIH. 26(153): 263-7. (2009).
35. Eytan, A., Bovet, L., Gex-Fabry, M., Alberque, C., Ferrero, F. (2004). *Patients satisfaction with hospitalization in an mixed psychiatric an somatic care unit.* Eur Psychiatry; 19(8): 499-501.
36. Feldmann TB. Medical students' attitudes towards psychiatry and mental disorders. Academic Psychiatry 2005;29:354-356.
37. Fink PJ, Tasman A: Stigma and Mental Illness. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1992.
38. Forster, P., King, J. (1994). *Definitive treatment of patients with serious mental disorders in an emergency services, Part I.* Hosp Community Psychiatr, 45(9): 867-9.
39. Galvis, Y. T., Valencia, A. M., Mendonza, M. F. L., Ceballos, Y. L., Zapata, C. S. (2011). *Conduta suicida y calidad de vida en medellín, ano 2011: un análise exploratório.* CES Salud Pública, 2013; 4; 12-24.
40. Gayness, B., Rush, J., (2008). *Treating depression in the real word in:* A. RJ, editor: Ru Cleveland Clinical Journal of Medicine, Disponible en: <http://www.edc.gsph.pitt.edu/star>.

41. Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara.
42. Goffman, I. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: prentice Hall, 1997.
43. Gottman, E. (2004). *Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara (4ª ed).
44. Guimarães, R., Ferraz, A. F. (2002). *A interface Aids, estigma e identidade – algumas considerações*. Revista Mineira de Enfermagem, 6 (1/2): 77-85, jan-dez.
45. Gouveia et al. Assistência Psicológica e Psiquiátrica à População de Rua com Perturbações Mentais em Moçambique. Revista Psique (1ª edição). Maputo: CEPAEP.1(I).7-13. (2011).
46. Hawton, K., Heeringen, K. V. (2009). *Suicide*. In Lancet, (373): 1372-81.
47. Hegerl, U & Wittenburg, L. (2004). *The European Alliance against Depression: Multilevel*. Hegerl, U. et al (2006). *The European Alliance against Depression (EAAD). A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality*. World Journal of biological Psychiatry, 2008; 9(1): 51-58.
48. Kellida, M. A. F., Silva, T., Silveira, M. F. A., Santos, J. H. P. O. (2012). *Reconstrução das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização*. Psicologia: Teoria e prática, V. 14, n.1. p. 40-54.
49. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B; The Treatment Gap in Mental Health Care: Bulletin of the World Health Organization 2004; 82:858-866.
50. Lammens, K. M. M., Mauren, P. M. H., Rutten, V. M., Cramm, J. M., Huijsman, R., Bal, R. A., et al. (2010). *Evaluation of large scale implementation of disease management programmes in various Dutch regions: a study protocol*. Biomed Central Revista en Internet: acesso 22 de Outubro 2010, 2011; 11(6). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-6pdf>.

51. Lammens, K. M. M., Mauren, P. M. H., Rutten, Van M., Cramm, J. M., Huijsman, R., Bal, R. A., et al. (2010). *Evaluation of large scale implementation of disease management programmes in various Dutch regions: a study protocol*. Biomed Central (Revista en Internet): acesso 22 de Outubro 2010, 2011; 11(6). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-6pdf>
52. Langa, A., Gouveia, L., Nhantumbo, B., Andrassone, P., Nhambinde, A., Wate (2013). *Atitudes e Práticas sobre a Epilepsia nos ditritos de Chibuto e Chókwe, Província de Gaza*. Maputo: Revista Psique, Vol I(3). 47-58.
53. Lauber C, Rössler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry* 2007 Apr;19(2):157-78.
54. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rossler W: Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandanavica*: Suppl 2007; Supp:51—59.
55. Link, B., e Phelan, J. (2001). *Conceptualizing stigma*. *Annual Review of Sociology*, 27:363-385.
56. Lipsitt, D. R. (2003). *Psychiatry and the general hospital in an age of uncertainty*. *World Psychiatry*; 2(3): 87-92.
57. Lipowski ZJ. The interface of psychiatry and medicine: towards integrated health care. *Can J Psychiatry*. 1987; 32(9): 43-8..
58. Lucksted, A; Boyd, J; DeForge, B. Ending Self-Stigma: Pilot Evaluation of a New Intervention to Reduce Internalized Stigma Among People with Mental illness. *Psyc Reahab Journ*. 35(1): 51-54. 2011.
59. Loch, A. (2012). *Ao nível do sistema público de saúde mental de Sao Paulo, no Brasil*. (Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: Sao Paulo. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*. 2012; 34:185-198. São Paulo: Elsevier editora).
60. Loch, A. A. (2012). *Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo*. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*. 2012; 34:185-198. São Paulo: Elsevier editor.

61. Lonnqvist JK, Henriksson MM, Isometsa ET, et al. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1995; 49 (suppl1): S111-S116.
62. Mário, J. R., (2004). Algumas considerações sobre o risco de suicídio. Cap. VII.
63. Mann, JJ, et al. Suicide Prevention Strategies. American medical association. *JAMA*. 2005; 294(16): 2064-2074.
64. Mann JJ, & Arango V. Neurobiology of suicidal behavior. *Nat Rev Neurosci*. 2005; 4: 819-28.
65. Mann JJ. A current perspective of suicidal and attempted suicide. *Ann Intern Med*. 2002; 136:302-311.
66. Mapengo, N. (2006). *Factores Psico-sociais relacionados com as tentativas de suicídio em adolescentes – caso do Hospital Central de Maputo*. Maputo: A Politécnica.
67. Mendonça, L. C. A., Levav, I., Jacobsson, L., Rutz, W., (2003). *Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Euerope*. *Int J Geriatr Psychiatry*; 18(8): 679-82.
68. Moreira, V. (2004). *A Experiência Vivida do Estigma: Um estudo sobre a Doença Mental e HIV e SIDA no Nordeste do Brasil*. Fortaleza: Universidade de Fortaleza.
69. Moraes, M. O modelo de atenção integrada à saúde para tratamento e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drgogas: percepções dos usuários, acompanhantes e profissionais. *Cien. Saúde Colectiva*, Rio de Janeiro, 13(1): 121-133. 2008.
70. Monteiro CB. O enfermeiro nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental. *Esc Anna Nery*. 10(4): 735-739. 2006.
71. Monteiro, FJ; Madeira, T. Considerações sobre doença mental e comunicação social. *Anal Psicol*. 25(1). 10-15. 2007.
72. Oiesvold, T., Nivison, M., Sorgaard, (2002). *Psychiatric Health Services Research: from process to outcome – A presentation of two planned projects in northern Norway*. *Norsk Epidemiology*; 12 (3): 327-332.
73. OMS (2000). *Prevenção do Suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra.
74. OMS, (2001). *The word health report 2001. Mental Health: New Understanding, new hope*. Chapter 2: *Burden of mental and behavioral disorders impact of*

- disorder*. Acesso 22 de novembro de 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/chapter 2/en/index3.html>.
75. OMS (2006). *Dia mundial de prevenção do suicídio: más conhecimento, más esperanza*. 10 de setembro de 2006. IASP. Rev sanit milit mex 2006, 60(5) sep-oct: 341-345.articulo de revision.
 76. Piedrahita, L. E. S., Mayerling, K., Paz & Romero, A. M. (2012). *Sobre as estratégias de intervenção para a prevenção do suicídio em adolescentes* (Revista Hacia la promoción de la salud. Volume 17, no 2 julho-dezembro 2012, pg 136-148.).Lancet, Volume 370, Issue 9592, Pages 1055 – 1060.
 77. Pitta (1999). *Hospital: Dôr e Morte como Ofício*. São Paulo: Hucitec.
 78. Patel, V; Abas, M; Broadhead, J; Todd, C; Reeler, A. Depression in Developing Countries: Lessons From Zimbabwe. The BMJ. 322(7284). 482-484. 2001.
 79. Patel, V; Kleinman, A. Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries. Bulletin of WHO: The Inter Journ of Public Health. 81(8): 609-615. 2003.
 80. Patel, V., Simbine, A. P., Soares, I. C., Weiss, H. A., Wheeler, E. (2007). *Prevalence of severe mental and neurological disorders in Mozambique: a population-based survey*. The Lancet, Volume 370, Issue 9592, P. 1055 – 1060.
 81. Patel, V; Eaton, J. Principles to guide mental health policies in low and middle-income countries (editorial). Rev Bras Psiqu. 32(4). 345-346. 2010.
 82. Patel, V; Kleinman, A. Poverty and common mental disorder in developing countries. Bulletin of the World Health Organization, 81(8): 609-615. 2003, 2011.
 83. Patel, V; Miranda, JJ. Achieving THE millennium Development Goals: Does Mental Health Play a Role? PlosJournal Medicine. 2(10). 2005.
 84. Pereira, C. (1997). *A análise de dados nas representações sociais*. In revista análise psicológica, n.1 – (xv) – jan-março. Lisboa: ISPA.
 85. Pereira, M. A., Labat, R. C., Farias. F. L. R. (1998). *Refletindo a evolução Histórica da Enfermagem Psiquiátrica*. Acta Paul Enferm, 1998; 11(3): 52-9.
 86. Pitta, A. (1999). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
 - 87.

88. Ribeiro, L. P. (1997). *Investigação e avaliação em Psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
89. Rodriguez, MR. Rincon, HG; Velasco, MM; Hernandez, CA; Ramos, ML; Gonzalez, JÁ. Prevalência De transtornos mentales en una población que demanda servicios de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida y discapacidad percibida. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012; 30(2): 141-151..
90. Rodrigues LR (2001). *“Só quem sabe da Doença dele é Deus” – o Significado da Doença Mental no Contexto Cultural*. São Paulo: Ribeirão Preto/USP.
91. Rose, D., Willis, R., Brohan, E., Satorius N., Villares, C., Wahlbeck, K., Thornicroft, G. (2011). *INDIGO Study Group. Reported Stigma and discrimination by people with a diagnosis of schizophrenia. Epidemiol psychiatric Sci*, 20(2) 193-204.
92. Sampaio, D. (2001). *Arriscar morrer para sobreviver*. Revista Análise Psicológica, 2001, 4 (XIX): 509-521.
93. Santos, P. (2012). *Avaliação do PNSM através do AIMS*. Revista Psique, 2012, 2(1): 07 – 14.
94. Satorius N, Ustun TB, Costa E Silva JA, et al. 1993. Na international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on “Psychological Problems in Health Care”. *Arch Gen Psychiatry* 50:819-824.
95. Sartorius N. Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *Br J Psychiatry*. 2002; 170:297.
96. Saxena, S., Sharan, P. (2005). *Implications for policy development*. World Psychiatry. 2006.
97. Saxena, S., Sharan, P., Cumbreira, M. G., Seraceno, B. (2006). *World Health Organizations Mental Health Atlas 2005: implications for policy development*. World Psychiatry. 5(3): 179-84.
98. Silverman, MM. (2004). *Preventing suicide: a call to action World Psychiatry*; 3(3): 152-153 (acesso 24 de Janeiro de 2012) disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414696/>
99. Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide life threat behav*. 2006;36:519-32.

100. Souminen K, Lonnqvist J. Determinants of hospitalization after attempted suicide *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(5): 424-30..
101. Thornicroft, G., Gooch, C., Dayson, D. (1992). *The TAPS Project. 17: readmission to hospital for a long term psychiatric patients after discharge to the community*. *BMJ*. 305(6860): 996-8.
102. Thornicroft, G., Patel, V., (2009). *Packages of care for mental, neurological, and substance use disorders in low middle-income countries*:PloS Medicine Series. *PloS M*. 2009; 6: e1000160.
103. Thornicroft, G., Alem, A. R. A. D., Barley, E., Drake, R., Gregorio, G., Hanlon, C., Ito, H., Latimer, E., Law, A., Mari, J. J., McGeorge, P., Padmavari, R., Razzouk, D., Semrau, M., Setoya, Y., Thara, R., Wondimagegn, D. (2010). *WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care*. *World Psychiatry*, 9(2):67-77.
104. Thornicroft, G; Mari, JJ. Principles that should guide mental health policies in low-and middle-income countries. *Rev Bras Psiqu*. 32(3): 2011. 212-213.
105. Vogel, D., Wade, N., e Haake, S. (2006). *Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help*. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 325-337.
106. Walkup, J. (1994). *The early case for caring for the insane in general hospitals*. *Hosp Community Psychiatry*, 45(12), 1224-8.
107. Wasserman D, Cheng Q, Jiang G-X. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World psychiatry* 2001; 4:114-20..
108. Wasserman, D (2001). *Suicide – an unnecessary death*. Stocholm: Martin Dunitz.
109. Werlang, BS; Botega, NJ (org) (2004). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.
110. Win, H. Brakel, V. (2006) *Measuring health-related stigma – A literature Review*. *Psychology, Health e Medicine*, August 2006; 11(3): 307 – 334.
111. World Health Organization (2003). *Investing in mental health*. Geneva: WHO.

112. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlate of mental disorders. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78:413-25.
113. WHO(2004).(<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924356576.pdf> .)
114. World Health Organization, 2008. mhGAP : Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. © World Health Organization.
115. World Health Organization; Mental Health Atlas 2005: WHO.

Relatórios

1. PNUD(2012). *Relatório de Desenvolvimento Humano*. PNUD.
2. INSIDA (2009). Prevalência do HIV e SIDA em Moçambique. Maputo: CNCS.
3. Relatório da Accord – Agency for co-operation and research development. (2004). *Desvendando as dinâmicas do estigma e discriminação relacionadas com o HIV e SIDA: O papel da pesquisa baseada na comunidade. Estudos de caso no norte do Uganda e Burundi*. HASAP, Junho, colecção nr. I.
4. Relatório Anual do Departamento de Saúde Mental(2011). MISAU:DSM.
5. Relatório Anual do Departamento de Saúde mental (2012). MISAU: DSM.
6. Relatório Anual do Departamento de Saúde Mental (2013). MISAU:DSM.
7. Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD em 2013 (PNUD, 2014).
8. Relatório da ADEB (2011). Retirado do adeb/publicações/guias/texto/estigma.htm._dia 21/07/2011. 1-8.

Aulas Mestrado

1. Aulas e Apresentações do Módulo 9: *Mental Health Services Research* – IIº Semestre do Mestrado em Políticas e Serviços de Saúde Mental.
2. Aulas e Apresentações do Módulo 3: *Research methods and estatistic* – Iº semestre do mestrado em Políticas e Serviços de Saúde Mental
3. Artigos e textos das secções A, B e C. do Módulo 9: “*mental health services research*”. Lisboa: UNL.

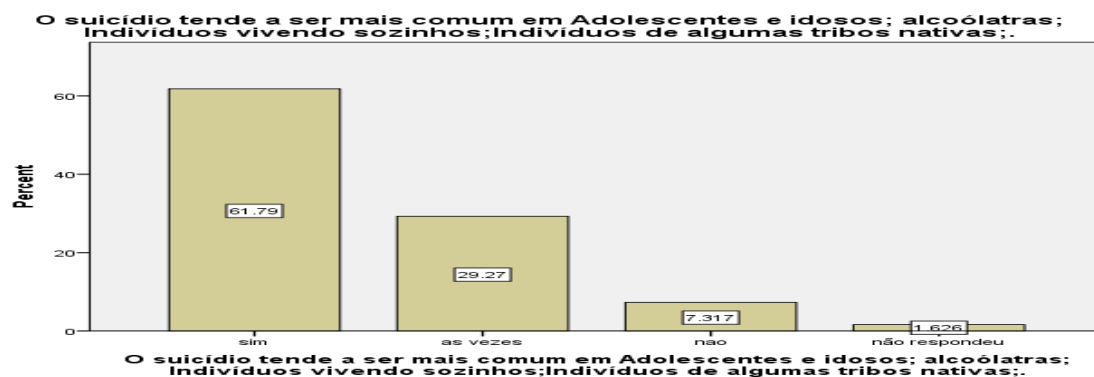
11. ANEXOS

No	ANEXOS
11.1	Lista de Tabelas e gráficos
11.2	Lista de Acrónimos
11.3	Instrumento1: Questionário Estigma Doença Mental e Suicídio Liz Macmin e SOQ, Domino, 2005.
11.4	Instrumento2: Escala de Atitudes Doença Mental (Amanha Hahn, 2002, adaptado por Tania Madeira & Fátima Monteiro.

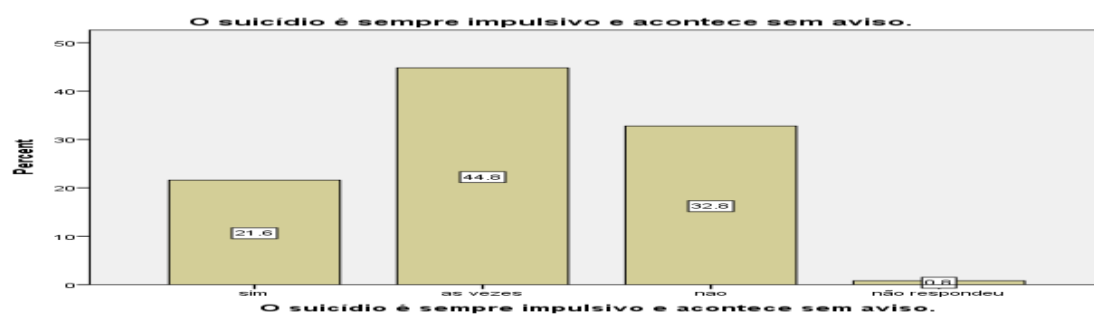
11.5	Grelha cruzamentos inter-instrumentos
11.6	Grelha cotação perguntas abertas
11.7	Grelha variáveis
11.8	Guião – instrumento 1_PS
11.9	Guião – instrumenta 2_PS
11.10	Grelha Hipótese 1 – Estig/ConheC /PADE
11.11	Grelha Hipótese 2 – S/P/Estig Vs Mitos e PADE
11.12	Grelha Hipótese 3 – S, Estig, P Vs Conh
11.13	Grelha Hipótese 4 – S, Estig, R, P, P, Exterior Vs ConhC
11.14	Carta cobertura – DNSP – Direcção Nacional de Saúde Pública
11.15	Carta Autorização Bioética FM&HCM
11.16	Carta Autorização Direcção Científica HCM
11.17	Carta Autorização DSCidade Maputo
11.18	Nota cobertura HCN
11.19	Nota cobertura HCB
11.20	Nota Cobertura HCM

11.1 LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

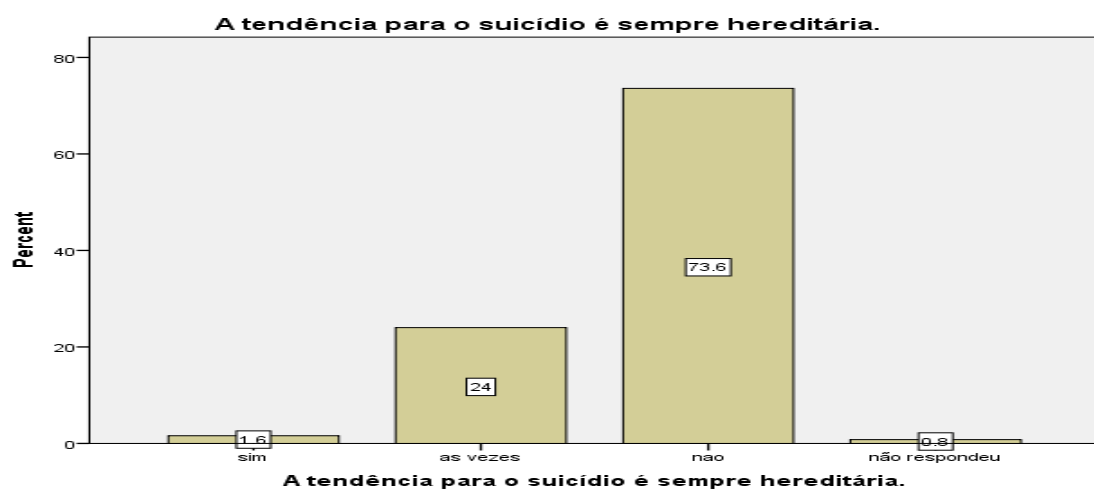
1. Gráfico 11: taxas de suicídio e adolescentes, idosos, alcoólatra, tributos)



2. Gráfico 13: suicídio e impulsividade



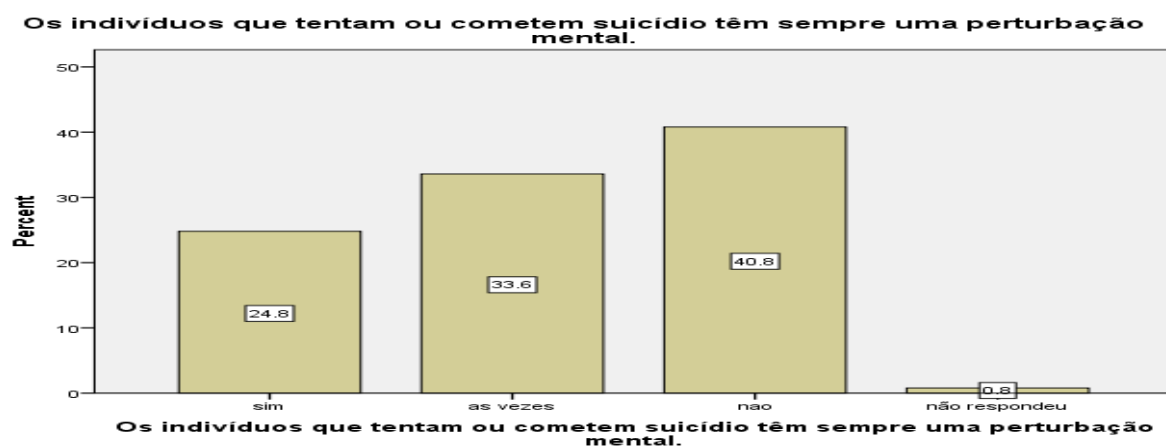
3. Gráfico 14: suicídio e hereditariedade



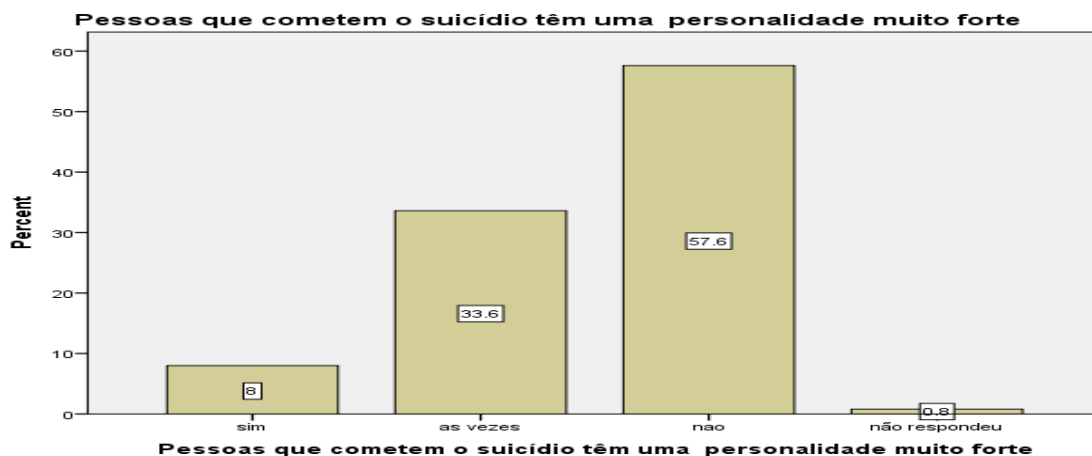
4. Gráfico 16: suicídio em crianças



5. Gráfico 15: suicídio e perturbação mental

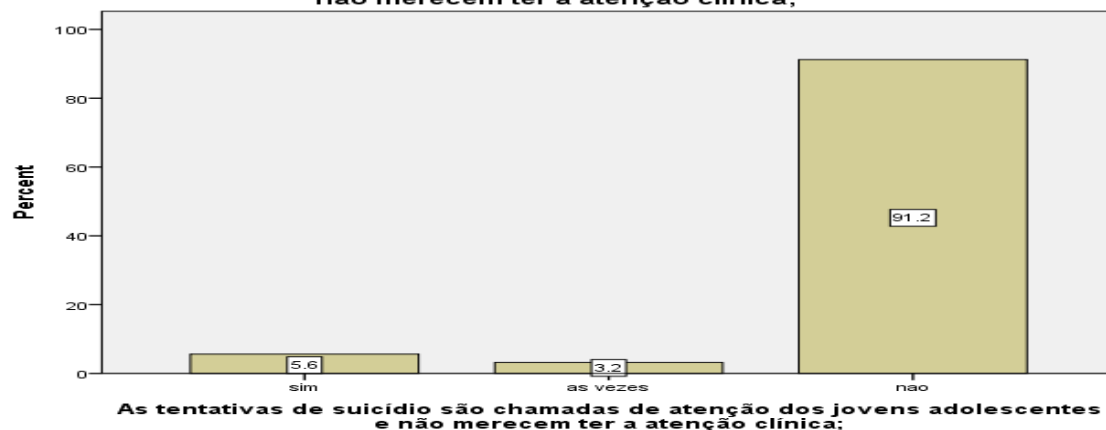


6. Gráfico 17: suicídio e personalidade forte



7. Gráfico 18: Tentativas d suicídio e chamadas de atenção

As tentativas de suicídio são chamadas de atenção dos jovens adolescentes e não merecem ter a atenção clínica;

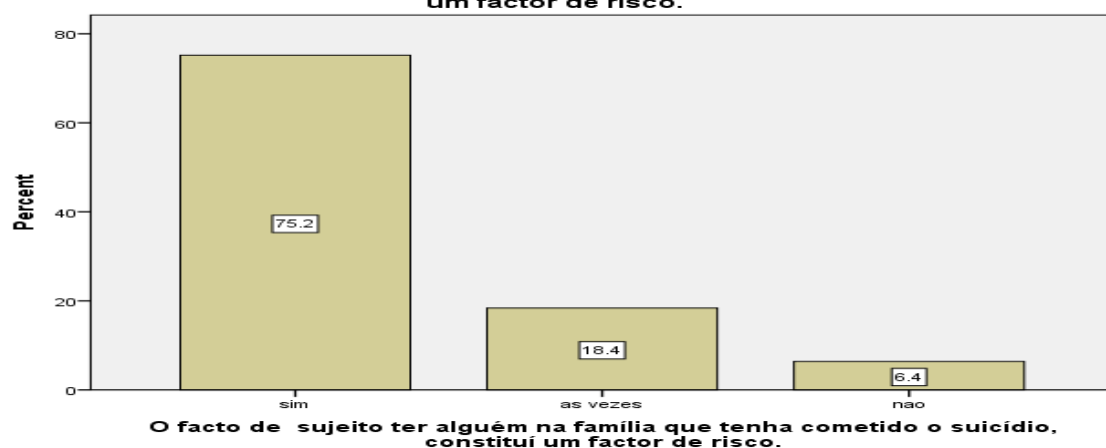


8. Tabela 5: formação formal ou informal sobre saúde mental

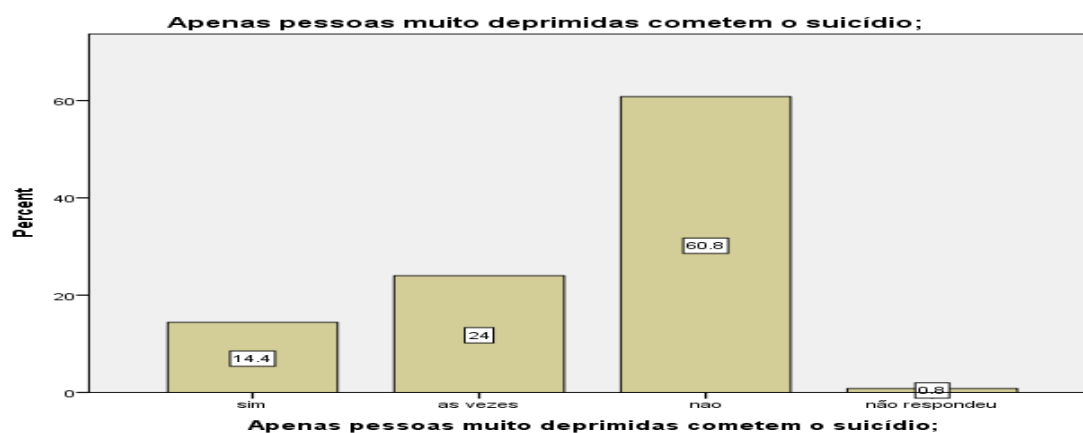
Já beneficiou de alguma formação formal ou informal sobre saúde Mental?				
válidos	Frequência	%	% Válida	% acumulada
Sim	50	33.3	40.0	40.0
As vezes	8	5.3	6.4	46.4
Não	64	42.7	51.2	97.6
Não respondeu	3	2.0	2.4	100.0
Total	125	83.3	100.0	
Missing System	25	16.7		
Total	150	100.0		

9. Gráfico 23: suicídio na família como factor de risco

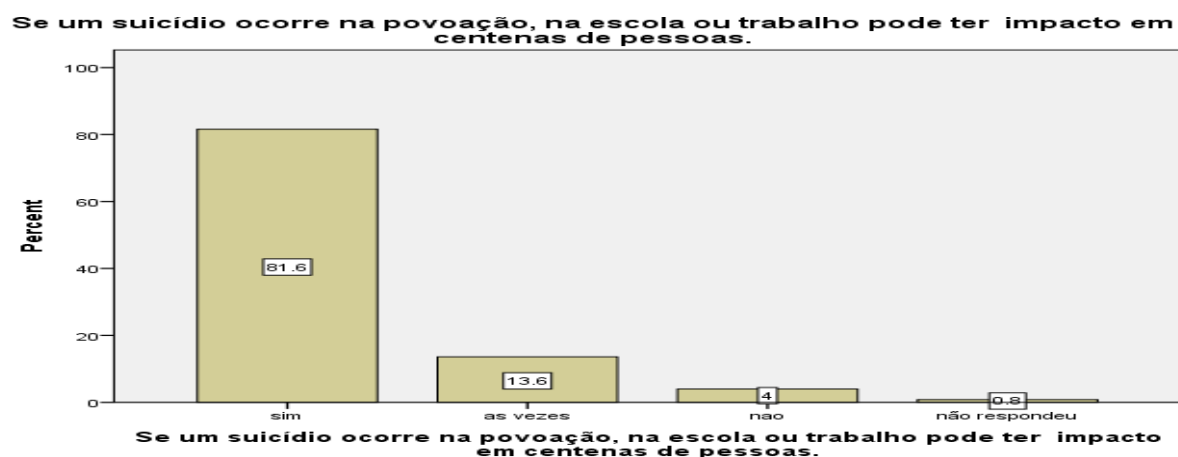
O facto de sujeito ter alguém na família que tenha cometido o suicídio, constitui um factor de risco.



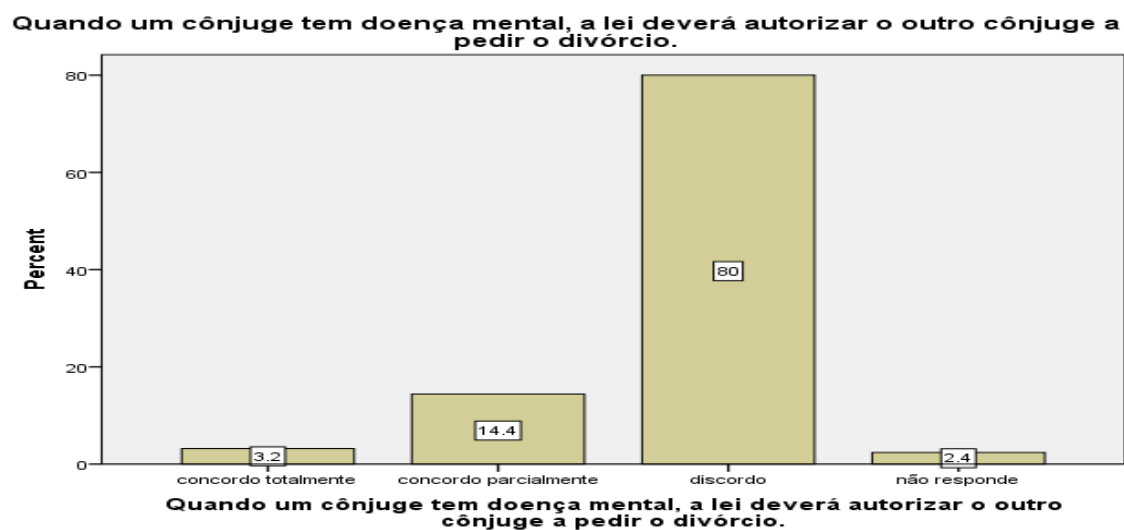
10. Gráfico 24: Suicídio e depressão



11. Gráfico 25: suicídio na povoação e impacto nas pessoas



12. Gráfico 26: doença mental e autorização para a separação



13. Tabela 6: Se um serviço de saúde mental e Psiquiatria for instalado no meu bairro, eu sairei do mesmo.

Válidos	Frequência	%	% Válida	% acumulada
Concordo totalmente	1	.8	.8	.8
Concordo parcialmente	11	8.8	8.8	9.6
Discordo	111	88.8	88.8	98.4
Não responde	2	1.6	1.6	100.0
Total	125	100.0	100.0	

14. Tabela 6.1: Mesmo que a doença mental de uma pessoa tenha sido tratada, eu continuarei a recear estar perto dela.

Válidos	Frequência	%	% Válida	% acumulada
Concordo totalmente	8	6.4	6.4	6.4
Concordo parcialmente	14	11.2	11.2	17.6
Discordo	101	80.8	80.8	98.4
Não responde	2	1.6	1.6	100.0
Total	125	100.0	100.0	

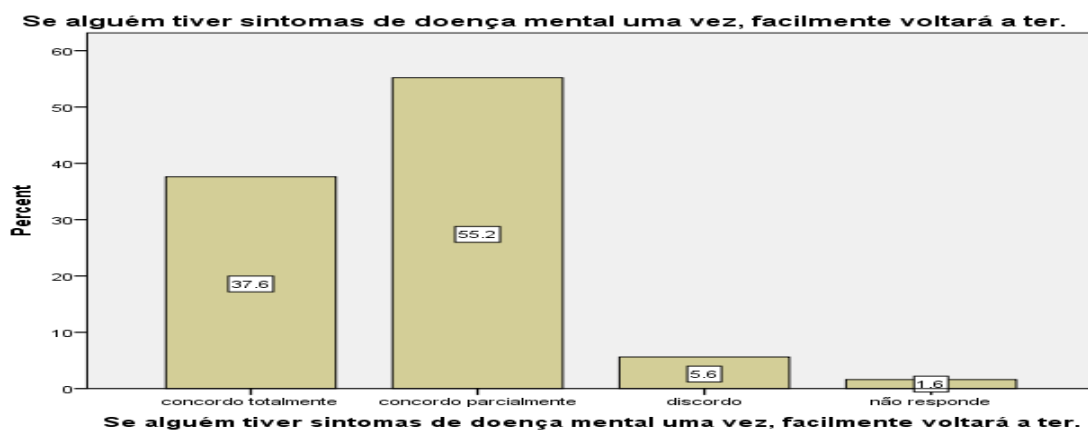
15. Gráfico 28: rir de sujeitos com doença mental



16. Tabela 7: O suicídio tende a ser mais comum em Adolescentes e idosos; alcoólatras; indivíduos vivendo sozinhos; Indivíduos de algumas tribos nativas

Válidos	Frequência	%	% Válida	% acumulada
sim	76	50.7	61.8	61.8
as vezes	36	24.0	29.3	91.1
nao	9	6.0	7.3	98.4
não respondeu	2	1.3	1.6	100.0
Total	123	82.0	100.0	
Missing System	27	18.0		
Total	150	100.0		

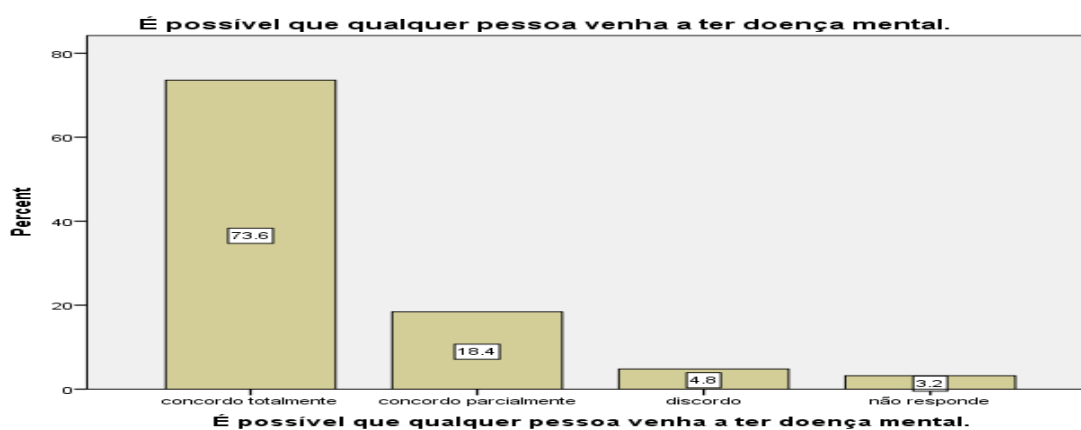
17. Gráfico 29: Se tiver doença mental uma vez, voltará a ter



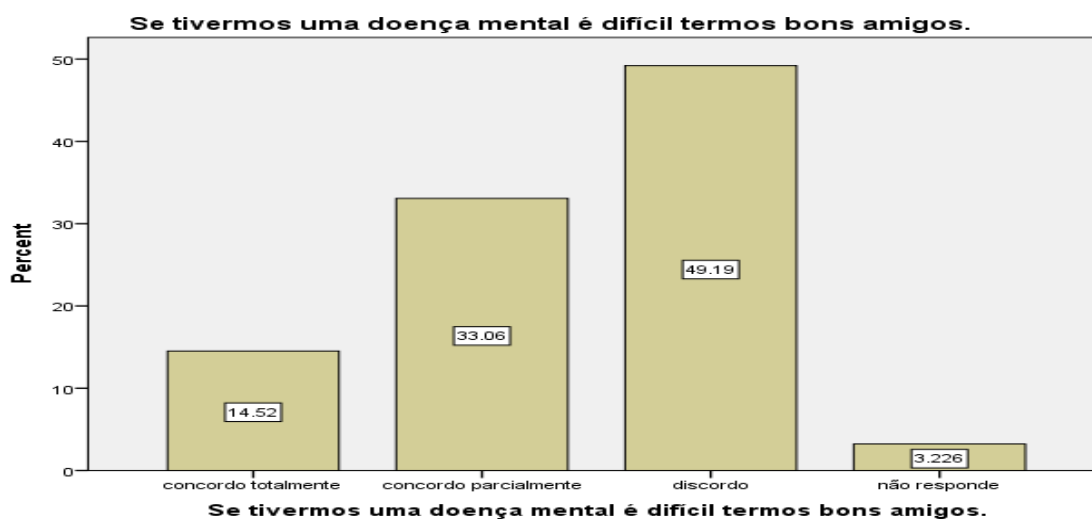
18. Gráfico 30: doença mental e recuperação total



19. Gráfico 32: possibilidade de qualquer pessoa ter uma doença mental



20. Gráfico 33: doença mental e dificuldades de ter amigos



21. Tabela 12: É vergonhoso ter uma doença mental.

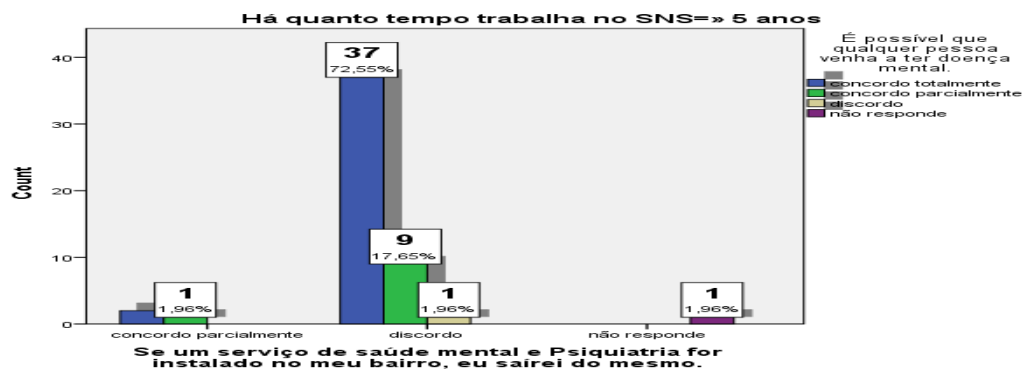
Válidos	Frequência	%	% Válida	% acumulada
concordo totalmente	8	6.4	6.4	6.4
concordo parcialmente	13	10.4	10.4	16.8
discordo	100	80.0	80.0	96.8
não responde	4	3.2	3.2	100.0
Total	125	100.0	100.0	

22. Tabela 13: É raro que as pessoas bem-sucedidas profissionalmente tenham doença mental.

Válidos	Frequência	%	% Válida	% acumulada
concordo totalmente	7	5.6	5.6	5.6
concordo parcialmente	18	14.4	14.4	20.0
discordo	96	76.8	76.8	96.8
não responde	4	3.2	3.2	100.0
Total	125	100.0	100.0	

23. Tabela 14: A doença mental é um castigo por má conduta.

Válidos	Frequência	%	% Válida	% acumulada
concordo totalmente	2	1.6	1.6	1.6
concordo parcialmente	6	4.8	4.8	6.4
discordo	113	90.4	90.4	96.8
não responde	4	3.2	3.2	100.0
Total	125	100.0	100.0	



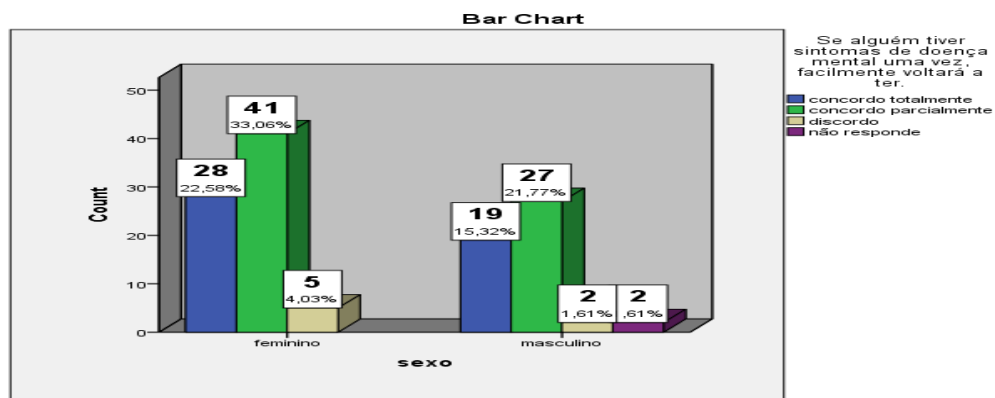
24. Gráfico 38: tempo de serviço/futuro/receio



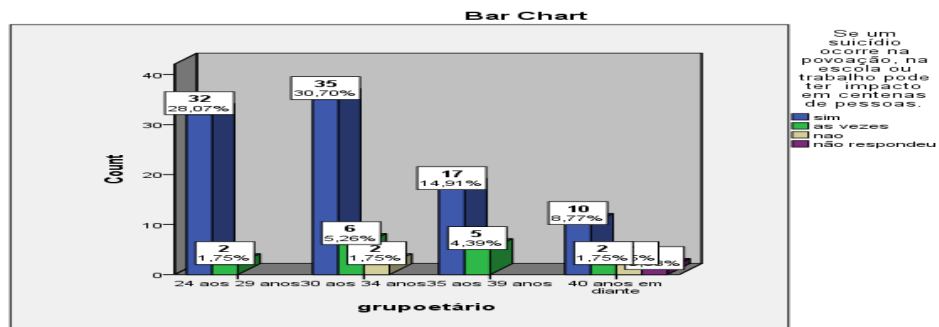
25. Gráfico 39: tempo de trabalho no SNS/tratamento/perigosidade



26. Gráfico 41: Sexo/Sintomas de doença mental



27. Gráfico 47: grupo etário/impacto do suicídio



11.2 LISTA DE ACRÓNIMOS

AVAI - Anos de Vida Ajustados por Incapacidade

CEPAEP - Centro de Psicologia Aplicada e Exames Psicotécnicos

CID-10 – Classificação Internacional das Doenças Mentais

CIBS FM & HCM - Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo

CRDS - Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DALYs - Disability-Adjusted-Life-Years

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DSM – Departamento de Saúde Mental

HCM – Hospital Central de Maputo

HCB – Hospital Central da Beira

HCN – Hospital Central de Nampula

HIV/SIDA – Virus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

INSIDA - Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique

MCG – Médicos de Clínica Geral

MISAU – Ministério da Saúde

DCPP – NCD - Division of Child Protection and Permanency – Non-communicate diseases

IMT - Instituto de Medicina Tradicional

INS – Instituto Nacional de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

PARPA – Plano para a Redução da Pobreza Absoluta

PNSM – Programa Nacional de Saúde Mental

PNS - Política Nacional de Saúde(PNS)

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PRA – População de Rua com Perturbações Mentais

SNS – Serviço Nacional de Saúde

US – Unidades Sanitárias

WHO-AIMS – World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems.

11.3 INSTRUMENTO 1: QUESTIONÁRIO ESTIGMA DOENÇA MENTAL E SUICÍDIO (LIZ MACMIN E SOQ, DOMINO, 2005)

Versão 2, de 15 de Maio de 2014

Nr _____ Código _____

A revisão do Protocolo se realizou de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – Emenda 1 de 19 de Fevereiro de 2013. O protocolo está registado com número: CIBS FM&HCM/37/2014.

Percepções e Estigma em Relação a Saúde Mental e ao Suicídio Geral (Adaptação do Questionário de Liz Macmin e SOQ, Domino, 2005)

Profissão: _____ Local de trabalho: _____ Sexo: ____ (Fem/Masc), Idade: ____
Há quanto tempo trabalha no SNS: <1 ano ____; 1-5 anos: ____ >5 anos ____ Raça: ____
Grau académico: _____ Categoria Profissional: _____ Religião: ____ Data de Aplicação: ____/____/____

1. Se estivesse a preparar um artigo sobre saúde mental, a quem contactaria (procure colocar não mais de 2 opções) ☐

- a. Psiquiatras ☐
- b. Psicólogos ☐
- c. Pessoas que experienciaram problemas de saúde mental ☐
- e. Serviços de Saúde Mental ☐
- f) Não sabe/ Não quer responder ☐

INSTRUÇÕES: Leia com atenção as questões abaixo que descrevem algumas situações. Marque com uma cruz (X) caso: concorde (Sim), de vez em quando (às vezes) e/ou discorde (não):

2. Tem contacto com profissionais de saúde mental?

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

3. As Famílias de sujeitos com Perturbação Mental costumam contactá-lo(a) para pedirem ajuda?

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

4. Assiste com frequência pessoas com perturbações mentais ou problemas de Saúde Mental?

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

5. As pessoas com doença mental solicitam os seus serviços?

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

6. Sente que a cobertura acerca da saúde mental pode ser melhorada pelos Media?

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

7. Já beneficiou de alguma formação formal ou informal sobre saúde Mental?

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

d. Quantas formações____

8. Um único suicídio pode afectar pelo menos outras pessoas

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

9. O facto de sujeito ter alguém na família que tenha cometido o suicídio, constitui um factor de risco.

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

10. Se um suicídio ocorre na povoação, na escola ou trabalho pode ter impacto em centenas de pessoas.

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

11. O suicídio tende a ser mais comum em Adolescentes e idosos; alcoólatras; indivíduos vivendo sozinhos; indivíduos de algumas tribos nativas;

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

12. Grupos Profissionais como(Médicos, dentistas Psicólogos) são mais susceptíveis a cometer o suicídio;

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

13. A pessoa que fala sobre suicídio não fará mal a si própria, apenas quer chamar a atenção

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

14. O suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso.

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

15. A tendência para o suicídio é sempre hereditária.

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

16. Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre uma perturbação mental.

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

17. As crianças não cometem suicídio.

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

18. Os suicídios e tentativas de suicídios estão na mesma classe de comportamentos;

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

19. Apenas pessoas muito deprimidas cometem o suicídio;

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

20. Pessoas que cometem o suicídio têm uma personalidade muito forte

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

21. As barreiras no acesso à saúde podem aumentar o risco de suicídio

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

22. Sujeitos que tentam o suicídio não devem ter prioridade nos serviços de saúde;

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

23. As tentativas de suicídio são chamadas de atenção dos jovens adolescentes e não merecem ter a atenção clínica;

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

24. O sujeito que se suicida não merece um funeral condigno à semelhança de alguém que tenha morrido de morte natural;

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

25. Pessoas que se suicidam são frágeis e cobardes

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

26. Sujeitos que se Suicidam ou tentam de suicidar-se apresentam problemas tradicionais e espirituais

a	Sim	
b	Às vezes	
c	Não	

27. Descreva algo que e parecer importante:

11.4 INSTRUMENTO 2: ESCALA DE ATITUDES DOENÇA MENTAL (AMANHA HAHN,2002; ADAPTADO POR TÂNIA MADEIRA E FÁTIMA MONTEIRO)

Versão 2, de 15 de Maio de 2014

Nr_____ Código_____

A revisão do Protocolo se realizou de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – Emenda 1 de 19 de Fevereiro de 2013 O protocolo está registado com número: CIBS FM&HCM/37/2014.

ESCALA DE ATITUDES SOBRE A DOENÇA MENTAL1(Amanha Hahn, 2002, adaptado por Tânia Madeira e Fátima Monteiro).

Profissão:_____ Local de trabalho:_____ Sexo:____(Fem/Masc), Idade:____
Há quanto tempo trabalha no SNS: <1 ano____; 1-5anos:____ >5 anos____ Raça:____
Grau académico:_____ Categoria Profissional:_____ Religião:____ Data de Aplicação:____/____/____

Instruções: Várias afirmações estão enumeradas abaixo. Assinale (X) o quanto você concorda com cada uma delas(atenção: coloque apenas um X no quadrado correspondente)

1. As pessoas com doença mental têm comportamentos imprevisíveis.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

2. Se alguém tiver sintomas de doença mental uma vez, facilmente Voltará a ter.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

3. Se um serviço de saúde mental e Psiquiatria for instalado no meu bairro, eu sairei do mesmo.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

4. Mesmo que a doença mental de uma pessoa tenha sido tratada, eu continuarei a recear estar perto dela.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

5. Pacientes com doença mental e outros pacientes não devem ser tratados no mesmo hospital.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

6. Quando um cônjuge tem doença mental, a lei deverá autorizar o outro cônjuge a pedir o divórcio.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

8. As pessoas com doença mental são perigosas e tendem a ser violentas.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

10. É fácil identificar as pessoas que têm uma doença mental.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

11. Pode-se facilmente dizer que uma pessoa tem doença mental pelas manifestações do seu comportamento.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

12. As pessoas com doença mental têm um baixo Q.I.(Quociente de Inteligência)

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

13. Todas as pessoas com doença mental têm alguns comportamentos estranhos.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

14. Não é apropriado que as pessoas com doença mental se casem.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

16. As pessoas que possuem doença mental não devem ter filhos.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

15. As pessoas que possuem doença mental não podem recuperar totalmente.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

17. Não há futuro para as pessoas com doença mental.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

18. As pessoas com doença mental conseguem manter um emprego.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

19. O cuidado e o suporte da família e amigos poderão ajudar as pessoas a recuperar da sua doença mental.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

20. As instituições e a comunidade (incluindo o governo) deverão conceder postos de trabalho às pessoas com doença mental.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

21. Depois de a pessoa ter sido tratada da sua doença mental, poderá regressar ao seu local de trabalho e desempenhar a sua função.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

22. A melhor forma de ajudar as pessoas com doença mental a recuperar é permitir-lhes permanecer na sua comunidade e levar uma vida normal.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

23. Mesmo depois de recuperadas e reabilitadas não deveremos criar amizade com as pessoas com doença mental.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

24. Mesmo com tratamento, as pessoas com doença mental tendem a ser mais perigosas do que as outras.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

25. É possível que qualquer pessoa venha a ter doença mental.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

26. Não devemos rir das pessoas com doença mental, mesmo quando têm comportamentos estranhos.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

28. Depois do tratamento será difícil para a pessoa com doença mental voltar à sua comunidade.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

29. As pessoas com doença mental prejudicam as outras pessoas

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

30. Se tivermos uma doença mental é difícil termos bons amigos.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

31. É raro que as pessoas bem-sucedidas profissionalmente tenham doença mental.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

32. É vergonhoso ter uma doença mental.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

33. A doença mental é um castigo por má conduta.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

34. As pessoas que têm doença mental não deverão falar da sua doença a ninguém.

a	Concordo totalmente	
b	Concordo Parcialmente	
c	Discordo	

35. Faça algum comentário, caso julgue necessário:

11.5 GRELHA CRUZAMENTO HIPÓTESES – INTER-INSTRUMENTOS

Hipóteses	Instrumento 1	Instrumento 2
1.0 estigma em relação ao suicídio e perturbação mental entre os médicos de clínica geral está relacionado com as percepções, atitudes e conhecimentos mais ou menos favoráveis em relação as mesmas;	b) Esteriotipização(st), f) Estigmatização (Stig)	-conhecimentos, PADE-Percepções, Actos discriminatórios e Estigmatizantes
2.Os médicos de clínica geral revelam atitudes positivas em relação à doença mental, têm igualmente, menos estigma em relação á Doença Mental, suicídio e tentativas de suicídio(correlação positiva entre atitudes em relação à doença mental e estigma em relação à doença mental, suicídio e tentativas de suicídio);	a) Separação (s), e) Pessimismo (p), f) Estigmatização (estig)	M-Mitos, PADE-Percepções, Actos discriminatórios e Estigmatizantes
3.As crenças e conhecimentos sobre as causas das perturbações mentais estão relacionados com atitudes positivas ou negativas sobre as perturbações mentais, tentativas de suicídio e suicídios;	Separação (s), b) Esteriotipização (est), Pessimismo(p), f) Estigmatização (Estig)	C-Conhecimentos
4.Os médicos de clínica geral que estabelecem maior contacto com os serviços de saúde mental e beneficiaram de formação em saúde mental revelam atitudes mais favoráveis e menos estigma em relação á doença mental, suicídio e tentativas de suicídio;	a) Separação(s), b) Esteriotipização(Est), c) Restrição(r), Paternalismo (p), d) Pessimismo (p), Estigmatização (Estig)	a) Contacto, d) C-conhecimento
5.0 sexo, residência urbana, situação económica da família, o tempo de contacto com os serviços e profissionais de saúde mental, a formação em matérias de saúde mental, exposição na média sobre a psiquiatria e saúde mental, estão associados com menos estigma e atitudes mais positivas em relação à doença mental, ao suicídio e tentativas de suicídio.	Dados sociodemográficos 1 <u>Instrumento1:</u> Separação, Esteriotipização, restrição, Paternalismo, pessimismo, Estigmatização	Dados sociodemográficos 1 <u>Instrumento2:</u> Mitos, Conhecimentos, Percepções, Actos discriminatórios e estigmatizante

11.6. GRELHA COTAÇÃO PERGUNTAS ABERTAS:

1. Estigma em relação a Perturbação Mental e ao Suicídio e

2. Escala de Atitudes sobre a Doença Mental

Conhecimentos e Percepções (C)

Nº42. Os suicídios e tentativas de suicídio estão a ganhar contornos alarmantes dia-apos-dia.

Nº65. O suicídio é um distúrbio tal qual as outras patologias e merece igual atenção ou mais.

Nº60. As pessoas que suicidam-se ou tentam o suicídio precisam de cuidados de saúde mais abrangentes na área psicológica.

Nº64. As doenças mentais devem ter algum controle, e precisam não só dos serviços de saúde, é preciso que a família e a comunidade participem em sua recuperação e inserção social.

Nº85. As pessoas perturbadas mentalmente ou que tenham susceptibilidade de cometer suicídio devem ser vigiadas e tomadas atenção redobrada quando por algum ou outro motivo tenham um intento suicida falhado.

Nº97. Qualquer indivíduo que fale de suicídio ou manifeste desejo deve ter seguimento por saúde mental.

Nº 5. 2º A média tem um papel de grande influência na sociedade no que diz respeito a estigma em relação às doenças mentais.

3º Os cuidados de saúde negligenciam muito as doenças mentais por falta de conhecimentos.

Nº25. O inquérito é pertinente. Que haja maior iniciativa de camadas nos adolescentes e jovens que são a faixa etária com maior risco de suicídio....

Estereotipização (St); caracterizada por itens que definem as pessoas que tentam o suicídio ou se suicidam num determinado padrão comportamental e habilidade mental. **(Stig)**

Nº3. o suicídio não respeita a personalidade.

Nº7. TS é depressão grave, deve ter acompanhamento psicológico/psiquiátrico.

Nº13. Suicídio é uma medida que os frágeis encontram para solucionar problemas que aparentam trazer difícil solução ou impossível.

Nº24. Doentes que descobrem ser HIV+ e tentam o suicídio.

Nº105. Muitas pessoas que se suicidam tem personalidade fraca, problemas sociais e sem apoio para enfrentá-los.

Nº79. O suicídio pouco ocorre num período em que a pessoa não raciocina, apenas pensa em desaparecer por diferentes motivos, não tem a ver com a raça, sexo, etnia, idade, nível de escolaridade. Pode acontecer com qualquer indivíduo.

Nº89. Penso que no nosso País, deveria haver um centro anónimo para alcoólicos ou drogados. Isto, poderia reduzir a tendência ao suicídio devido a depressão da mesma.

Nº71. Para mim não há uma regra ou um padrão de pré-disposição ou pré-anúncio de suicídio.

Nº76. Será que as novelas, series, filmes, musicas, internet (social), não afectam no comportamento de um adolescente?

Paternalismo (B); identificada por itens relacionados com a amabilidade para com as pessoas com doença mental.

Nº44. As pessoas que tentam o suicídio merecem um acompanhamento por psicólogos para que trabalhe sobre o assunto a fim de retribuir a saúde mental do indivíduo em causa.

Estigmatização (Stig); identificada por itens que entendem o suicídio como vergonhoso e, por isso, deverá ser ocultada.

Nº48. São o exemplo as pessoas que praticam curandeirismo ou que consultam o curandeiro pode ser motivo.

Nº90. Indivíduos possessivos e que acreditam muito no obscurantismo.

Sugestões (Sug)

Nº5. sensibilizar a população sobre sinais indicativos de suicídio em pessoas susceptíveis.

Nº41. Sensibilizar a comunidade para prestar atenção aos problemas quotidianos para poder reduzir o número de suicídio.

Nº51. Formação de todo pessoal de saúde sobre saúde mental.

Nº74. Os órgãos de comunicação social em Moçambique devem abordar constantemente temas sobre a depressão em todos os seus aspectos:

1. *Na infância;*
2. *Na gravidez;*
3. *Pós-dato;*
4. *Pos-parto de um ente querido, etc.*

Nº 5. existe muito prejuízo e desconhecimento na comunidade sobre doenças mentais. Deve-se trabalhar na educação sobre estes termos na comunidade para reverter o cenário.

Críticas ao instrumento(Crit)

Nº63. Algumas perguntas estão mal elaboradas e não vão de acordo com as respostas.

Nº68. As perguntas são longas e não concisas

Nº75. Parte das perguntas estão formuladas de forma pouco intuitiva: algumas têm formato “negativo”, podendo induzir a responder errado.

Nº09. A pergunta 14 não é bem clara.

Nº14. Algumas das questões podem criar confusão ao responder por serem negativas e nas respostas, uma das opções é negativa – pode levar a respostas irónicas.

Nº16.

1º parabenizar pela iniciativa, porém penso que a formulação das perguntas não é bem-sucedida na parte 1. As perguntas são com formulação negativa e as respostas são também negativas o que requer uma maior atenção para que não se responda o que não quer.

2º a segunda parte, tem perguntas e respostas condicionadas há respostas positivas pelo que, não haverá uma percepção correcta mas sim respostas “politicamente correctas”.

11.7 GRELHA VARIÁVEIS PARA CRUZAMENTOS

OBJECTIVOS	Instrumento 1	Instrumento 2
Avaliar a influência de factores sócio-demográficos e factores associados à formação médica dos médicos de clínica geral em Moçambique no estigma, conhecimentos e atitudes dos médicos em relação ao suicídio, tentativas de suicídio e perturbações mentais.	b) Esteriotipização(st), f) Estigmatização (Stig)	Tempo de trabalho no SNS; a) Contacto com profissionais de Saúde Mental d) C-Conhecimento
Avaliar o estigma(relação) em relação à doença mental e ao Suicídio em médicos de clínica geral	a) Separação (s), e) Pessimismo (p), f) Estigmatização (estig)	M-Mitos, Percepções, Actos discriminatórios Estigmatizantes
Analisar a influência dos conhecimentos em relação a saúde mental e ao estigma	Separação(s), b) Esteriotipização(est), Pessimismo(p), f) Estigmatização (Estig).	C-Conhecimentos
	a) Separação(s), b) esteriotipização(Est), c) Restrição(r), Paternalismo (p), d) Pessimismo(p), Estigmatização (Estig)	a) Contacto, d) C-conhecimento

11.8 GUIÃO INSTRUMENTO 1

Instrumento 1: Escala de Atitudes sobre a Doença Mental (Amanda Hahn, 2002).

DEFINIÇÃO: Trata-se da versão traduzida para português, por Tânia Madeira e Fátima Monteiro, da Escala de Atitudes sobre a Doença Mental realizada por Amanda Hahn (2002), com base no Questionário Opinions about Mental Illness in Chinese Community (Ng & Chan, 2000). As autoras da versão portuguesa deram a devida autorização para a sua utilização.

DIMENSÕES E AGRUPAMENTOS: A escala apresenta um total de 27 itens e compreende seis factores ou subescalas que são os seguintes: 4 Separação (S) 3, 4, 5, 23; 4 Estereotipização (St) 1, 7, 10, 11 e que se cruzam com todas às 10 questões de Estigma (Estig) 2, 15, 17, 24, 25, 28, 30, 31, 32, 34; 3 Restrição (R) 6, 14, 16; 2 Paternalismo (19, 26); 4 Pessimismo (P) 18, 20, 21, 22.

CRUZAMENTO DOS AGRUPAMENTOS:

a) Separação (S); identificada por itens que enfatizam a diferença entre pessoas com doença mental e mantêm-nas afastadas e a uma distância segura.

3. Se um serviço de saúde mental e Psiquiatria for instalado no meu bairro, eu sairei do mesmo.

4. Mesmo que a doença mental de uma pessoa tenha sido tratada, eu continuarei a recear estar perto dela.

5. Pacientes com doença mental e outros pacientes não devem ser tratados no mesmo hospital.

23. Mesmo depois de recuperadas e reabilitadas não deveremos criar amizade com as pessoas com doença mental.

b) Estereotipização (St); caracterizada por itens que definem as pessoas com doença mental num determinado padrão comportamental e habilidade mental. **(Stig)**

1. As pessoas com doença mental têm comportamentos imprevisíveis
7. As pessoas com doença mental são perigosas e tendem a ser violentas.

10. É fácil identificar as pessoas que têm uma doença mental.

11. Pode-se facilmente dizer que uma pessoa tem doença mental pelas manifestações do seu comportamento.

12. As pessoas com doença mental têm um baixo Q.I.(Quociente de Inteligência)

13. Todas as pessoas com doença mental têm alguns comportamentos estranhos.

29. As pessoas com doença mental prejudicam as outras pessoas

2. Restrição (R); definida por itens que sustentam uma visão incerta sobre os direitos das pessoas com doença mental.

6. Quando um cônjuge tem doença mental, a lei deverá autorizar o outro cônjuge a pedir o divórcio.

14. Não é apropriado que as pessoas com doença mental se casem.

16. As pessoas que possuem doença mental não devem ter filhos.

3. Paternalismo (B); identificada por itens relacionados com a amabilidade para com as pessoas com doença mental.

26. Não devemos rir das pessoas com doença mental, mesmo quando têm comportamentos estranhos.

19. O cuidado e o suporte da família e amigos poderão ajudar as pessoas a recuperar da sua doença mental.

4. Pessimismo (P); identificada com a visão de que as pessoas com doença mental são incapazes de melhorar e a forma não otimista como a sociedade as trata. Nesta escala às questões estão todas elas colocadas de forma positiva de modo a averiguar-se o nível de pessimismo que se pode revelar através da inversão da tendência otimista.

18. As pessoas com doença mental conseguem manter um emprego.

20. As instituições e a comunidade (incluindo o governo) deverão conceder postos de trabalho às pessoas com doença mental.

21. Depois de a pessoa ter sido tratada da sua doença mental, poderá regressar ao seu local de trabalho e desempenhar a sua função.

22. A melhor forma de ajudar as pessoas com doença mental a recuperar é permitir-lhes permanecer na sua comunidade e levar uma vida normal.

5. Estigmatização (Stig); identificada por itens que entendem a doença mental como vergonhosa e, por isso, deverá ser ocultada.

2. Se alguém tiver sintomas de doença mental uma vez, facilmente Voltará a ter.

15. As pessoas que possuem doença mental não podem recuperar totalmente.

17. Não há futuro para as pessoas com doença mental.
24. Mesmo com tratamento, as pessoas com doença mental tendem a ser mais perigosas do que as outras.
25. É possível que qualquer pessoa venha a ter doença mental.
28. Depois do tratamento será difícil para a pessoa com doença mental voltar à sua comunidade.
30. Se tivermos uma doença mental é difícil termos bons amigos.
31. É raro que as pessoas bem-sucedidas profissionalmente tenham doença mental.
32. É vergonhoso ter uma doença mental.
33. A doença mental é um castigo por má conduta.
34. As pessoas que têm doença mental não deverão falar da sua doença a ninguém

11.9 GUIÃO INSTRUMENTO 2

DEFINIÇÃO: Esta escala foi adaptada de modo a aprofundar as percepções, conhecimentos e atitudes relacionados especificamente com o estigma em relação com o suicídio e tentativas de suicídio através da construção de um questionário The Suicide Opinion Questionnaire (Dominio, 2005) e na adaptação de alguns itens referentes ao Questionário de Liz Macmin e SOQ, Domino, 2005.

DIMENSÕES: O questionário contempla 21 questões: 2 de impacto psicossocial, 2 factores de risco, 10 que exploram os Mitos, 4 de conhecimentos, 3 em relação à Percepções, actos discriminatórios e estigmatizantes (saúde, serviços, direitos e legislação);

- 4 em relação ao contacto com profissionais e serviços de saúde mental e com familiares/pacientes.

CRUZAMENTOS DOS AGRUPAMENTOS: Dos Vários agrupamentos feitos, há nitidamente questões que se entrecruzam, e portanto, a sua leitura obedece à avaliação das várias respostas incluídas no agrupamento e tendo em consideração aos cruzamentos com outras dimensões e agrupamentos.

Relativamente aos MITOS (M), todas as questões deste agrupamento permitem explorar, igualmente os Conhecimentos (C)e as Percepções, Actos Discriminatórios e Estigmatizantes (PADE).

A Questão 8 dos Conhecimentos (C), permite igualmente explorar o Impacto Psicossocial (IP)

A Questão 21 das Percepções, Actos Discriminatórios e Estigmatizantes (PADE) permite avaliar os Factores de Risco (FR)

A Questão 24 incluída nas Percepções, Actos Discriminatórios e Estigmatizantes (PADE) avalia, igualmente, os Mitos (M)

IP – IMPACTO PSICOSSOCIAL 2(6,10)

FR – FACTORES DE RISCO 2(9,19)

M – MITOS 10(11, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 23, 25,26)

C – CONHECIMENTOS 4 (7, 8, 12, 18)

PADE - PERCEPÇÕES, ACTOS DISCRIMINATÓRIOS E ESTIGMATIZANTES 3 (21, 22, 24)

a) impacto psicossocial 2 (6,10)

1. Sente que a cobertura acerca da saúde mental pode ser melhorada pelos Media? P
10. Se um suicídio ocorre na povoação, na escola ou trabalho pode ter impacto em centenas de pessoas. C.

b) 2 factores de risco – 2(9,19)

9. O facto de sujeito ter alguém na família que tenha cometido o suicídio, constituiu um factor de risco.
19. Apenas pessoas muito deprimidas cometem o suicídio;

c) Mitos – 10(11, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 23, 25,26)

11. O suicídio tende a ser mais comum em adolescentes e idosos; alcoólatras; indivíduos vivendo sozinhos; indivíduos de algumas tribos nativas; C,

13. A pessoa que fala sobre suicídio não fará mal a si própria, apenas quer chamar a atenção; C, PADE
14. O suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso. C, PADE
15. A tendência para o suicídio é sempre hereditária. C, PADE
16. Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre uma perturbação mental. C, PADE,
17. As crianças não cometem suicídio. C, PADE
20. Pessoas que cometem o suicídio têm uma personalidade muito forte. C, PADE
23. As tentativas de suicídio são chamadas de atenção dos jovens adolescentes e não merecem ter a atenção clínica. C, PADE
25. Pessoas que se suicidam são frágeis e cobardes. C, PADE
26. Sujeitos que se suicidam ou tentam de suicidar-se apresentam problemas tradicionais e espirituais. C, PADE

d) Conhecimentos – 4 (7, 8, 12, 18)

7. Já beneficiou de alguma formação formal ou informal sobre saúde Mental?
- d. Quantas formações__

8. Um único suicídio pode afectar pelo menos outras pessoas (IP)

12. Grupos Profissionais como (Médicos, dentistas e Psicólogos) são mais susceptíveis a cometer o suicídio;
18. Os suicídios e tentativas de suicídios estão na mesma classe de comportamentos;

f) Percepções, actos discriminatórios e estigmatizantes em relação à:

- saúde – 3 (21, 22, 24)

21. As barreiras no acesso à saúde podem aumentar o risco de suicídio (FR)

- serviços:

22. Sujeitos que tentam o suicídio não devem ter prioridade nos serviços de saúde;

- legislação e direitos:

24. O sujeito que se suicida não merece um funeral condigno à semelhança de alguém que tenha morrido de morte natural; (M)

g) contacto (profissionais/serviços; familiares/pacientes) - 4

2. Tem contacto com profissionais de saúde mental?

3. As Famílias de sujeitos com Perturbação Mental costumam contactá-lo(a) para pedirem ajuda?

4. Assiste com frequência pessoas com perturbações mentais ou problemas de Saúde Mental?

5. As pessoas com doença mental solicitam os seus serviços?

11.11 GRELHA HIPÓTESE 2 : CRUZAMENTOS S,P,ETIG VS MITOS E PADE

Hipóteses	Instrumento 1	Instrumento 2
2.Os médicos de clínica geral revelam atitudes positivas em relação à doença mental, têm igualmente, menos estigma em relação à Doença Mental, suicídio e tentativas de suicídio(correlação positiva entre atitudes em relação à doença mental e estigma em relação à doença mental, suicídio e	<p>a)Separação (s), Existem itens que enfatizam a diferença entre pessoas com doença mental e a necessidade colocá-las afastadas: 8.7% de sujeitos que concordam total ou parcialmente com facto de puderem sair do bairro, caso seja instalado um serviço de Saúde Mental. 24(16%)/124(82.7%) da amostra evidencia receio em relação ao doente mental, mesmo que este tenha sido tratado, 37(24.7)considerarem que pacientes com doença mental e outros pacientes não devem ser tratados no mesmo hospital. Este aspecto pode estar igualmente associado ao estigma em relação à doença mental.</p> <p>Entretanto, parte significativa da amostra 135(90%) não concorde com a afirmação da necessidade de sair do bairro em virtude da instalação de um serviço de saúde mental, não demonstram receio em relação aos sujeitos com doença mental - 124(82.7), ou não concorda com a separação de doentes mentais e outros em hospitais diferentes - 109(72%). Igualmente, uma boa parte da amostra 134(89.3%) julga que se deva criar amizade com as pessoas com doença mental.</p>	<p>M-Mitos, 76(50.7%) da amostra, que significa quase que metade da população em estudo, considerar que “o suicídio tende a ser mais comum em adolescentes, e idosos, alcoólatras, indivíduos vivendo sozinhos, indivíduos de algumas tribos”. A par disto, temos cerca de 36(24.0%) que acha que “às vezes” há esta tendência.</p> <p>Outros 41(27.3%) respondem “não” para o facto de “a pessoa que fala sobre o suicídio não fará mal a si própria, apenas quer chamar a atenção”, mostrando ter conhecimentos sobre o facto de que a pessoa que fala sobre o suicídio acarretar risco fugindo do imaginário e mitos comuns que atribuem ao falar de suicídio, à chamada da atenção.</p> <p>Entretanto, 18(12.0%) consideram que as pessoas que falam sobre o suicídio apenas estão a chamar a atenção.</p> <p>27(18.0%) consideram que “o suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso”, outros 56(37.3%) responde que “às vezes” e 41(27.3%) têm a noção de que o suicídio não é sempre impulsivo, denotando conhecimentos em relação ao suicídio.</p> <p>Um número significativo da amostra 92(61.3%) não acredita na “hereditariedade da tendência para o suicídio”. Apenas 2(1.3%) consideram que “sim” (a tendência para o suicídio é hereditária) e outros 30(20%) que julgam que a tendência para o suicídio “às vezes” seja hereditária.</p>

Hipóteses	Instrumento 1	Instrumento 2
tentativas de suicídio);		<p>31(20.7%) não têm dúvidas e afirmam categoricamente (sim) que “<i>Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre uma perturbação mental</i>”, ligando deste modo as perturbações mentais ao suicídio e tentativas de suicídio. Outros 42(28.0%) concordam parcialmente “as vezes” e 51 (34.0%) não consideram que “<i>os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre uma perturbação mental</i>”.</p> <p>50(33.3%) consideram que as crianças cometem o suicídio, 16(10.7%) concorda que as crianças não cometem o suicídio. 56(37.3%) Acha que “às vezes” as crianças cometem o suicídio.</p> <p>10(6.7%) acredita que “<i>as pessoa que cometem o suicídio têm uma personalidade muito forte</i>”. Já 42(28.0%) acha que às vezes. Uma grande parte dos sujeitos 72(48.0%) “não” considera que as pessoas que cometem o suicídio tenham uma personalidade forte”.</p> <p>7(4.7%) julgam que as tentativas de suicídio merecem atenção clínica. 4(2.7%) “às vezes” e 114(76.0%) julga que “as tentativas de suicídio são chamadas de atenção dos jovens adolescentes e não merecem ter atenção clínica.</p> <p>13(8.7%) acham que as pessoas que se suicidam são frágeis e cobardes, 30(20.0%) – “às vezes” e 82(54.7%) não considera as pessoa que se suicidam como frágeis e cobardes. 4(2.7%) consideram que as pessoas que se tentam suicidar-se ou se suicidam têm problemas tradicionais ou espirituais. 47(31.3%) acham que “às vezes” as pessoas que tentam suicidar-se tem problemas espirituais e 73(48.7%) não considera que as pessoas que se suicidam tenham problemas tradicionais ou espirituais.</p>
	<p>e)Pessimismo (p), A visão negativista em relação as pessoas com doença mental, julgando-as incapazes de melhorar é reflectida em 23(15.3%), consideram que “<i>as pessoas com doença mental não conseguem manter um emprego</i>”, 11(7.3%) que considera que as instituições e comunidades não devam conceder emprego aos sujeitos com doença mental, 2(1.3%) que discorda da possibilidade dos sujeitos com doença mental poderem desempenhar a sua função após tratamento e 4(2.7%) não considera que a melhor forma de ajuda às pessoas com doença mental passe pela integração na comunidade.</p> <p>Já, o maior número de sujeitos concorda totalmente 28(18.7%) e parcialmente 94(62.7%) que “<i>as pessoas com doença mental conseguem manter um emprego</i>”, que as instituições e a comunidade, incluindo o Governo deverão conceder postos de trabalho às</p>	<p>PADE-Percepções, Actos discriminatórios e Estigmatizantes</p> <p>77(51.3%) têm contacto com profissionais da área da saúde mental. 41(27.3%) “às vezes” e apenas 6(4.0%) afirma não ter nenhum tipo de contacto com os profissionais da área da saúde mental.</p> <p>25(16.7%) salientam que as famílias de sujeitos com perturbação mental costumam contactá-los para pedirem ajuda. 48(32%) têm sido “às vezes” e uma grande percentagem 52(34.7%) não tem recebido nenhum contacto de pedido de ajuda por parte das famílias dos sujeitos com doença mental.</p> <p>46(30.7%) garante assistir com frequência pessoas</p>

Hipóteses	Instrumento 1	Instrumento 2
	<p>peessoas com doença mental 79(52.7%) e que depois de a pessoa ter sido tratada da sua doença mental, poderá regressar ao seu local de trabalho e desempenhar a sua função 102(68%).</p>	<p>com perturbação mental ou problemas do comportamento. Outras 44(29.3%) assistem “às vezes” e 33(22.0%) assume que não assiste com frequência as pessoas com perturbação mental e do comportamento.</p> <p>23(15.3%) salientam que as pessoas com doença mental solicitam os seus serviços. 54(36.0%) às vezes e 47(31.3%) refere que não têm recebido nenhuma solicitação de prestação de serviços por parte dos sujeitos com doença mental.</p>
	<p>f)Estigmatização (estig)</p> <p>Um número significativo 62 (41.3%) concorda na totalidade 12(8.0%) ou parcialmente 50(33.3%) que “depois do tratamento será difícil para a pessoa com perturbação mental voltar à comunidade”. O que pode a par do estigma, revelar uma atitude de afastamento em relação aos sujeitos com doença mental. Entretanto 83(55.3%) têm uma opinião contrária, achando que estes doentes podem regressar à comunidade após o tratamento.</p> <p>49(46.0%) concorda na íntegra 22(14.7%) ou parcialmente 47(31.3%) que “se tivermos uma doença mental é difícil termos bons amigos”. 75(50%) da amostra considera que sujeitos com doença mental podem ter bons amigos e 5(3.3%) não responde.</p> <p>24(16%) considera ser “vergonhoso ter uma doença mental”. 121(80.7%) não vê a doença mental como vergonhosa e 5 (3.3%) não responde.</p>	

11.12 HIPÓTESES 3: CRUZAMENTO S, EST, P ESTIG VS CONH

Hipóteses	Instrumento 1	Instrumento 2
3.As crenças e conhecimentos sobre as causas das perturbações mentais estão relacionados com atitudes positivas ou negativas sobre as perturbações mentais, tentativas de suicídio e suicídios;	<p>Separação(s), existem itens que enfatizam a diferença entre pessoas com doença mental e a necessidade colocá-las afastadas: 8.7% de sujeitos que concordam total ou parcialmente com facto de puderem sair do bairro, caso seja instalado um serviço de Saúde Mental. 24(16%)/124(82.7%) da amostra evidencia receio em relação ao doente mental, mesmo que este tenha sido tratado, 37(24.7%) considerarem que pacientes com doença mental e outros pacientes não devem ser tratados no mesmo hospital. Este aspecto pode estar igualmente associado ao estigma em relação à doença mental.</p> <p>Entretanto, parte significativa da amostra 135(90%) não concorde com a afirmação da necessidade de sair do bairro em virtude da instalação de um serviço de saúde mental, não demonstram receio em relação aos sujeitos com doença mental - 124(82.7%), ou não concorda com a separação de doentes mentais e outros em hospitais diferentes - 109(72%). Igualmente, uma boa parte da amostra 134(89.3%), julga que se deva criar amizade com as pessoas com doença mental.</p>	<p>C-Conhecimentos</p> <p>50(33.3%) afirma “sim” já ter-se beneficiado de formação formal ou informal sobre saúde mental. 8(5.3%) às vezes e 64(42.7%) nunca teve formação formal ou informal em saúde mental. 3(2.0%) não respondeu às perguntas. 111(74.0%) consideram que um único suicídio pode afectar pelo menos outras pessoas. Revelando, igualmente conhecimentos sobre o impacto psicossocial do suicídio. 10(6.7%) considera que “às vezes” e 3(2.0%) “não” concorda que um único suicídio possa afectar outras pessoas.</p> <p>Uma boa parte 86(57.3%) afasta “não” a ideia de que “<i>grupos profissionais como médicos, dentistas e psicólogos são mais susceptíveis a cometer o suicídio</i>”, evidenciando um claro desconhecimento da teoria e estudos sobre o mesmo, ou uma atitude onipotente de protecção da classe (que também têm a ver com o estigma em relação à doença mental e suicídio que é vista como algo inerente aos outros). Apenas uma minoria 13(8.7%) considera que “sim”, estes grupos podem ter mais propensão para o suicídio. Apenas 1(0.7%) sujeitos não responderam a questão.</p> <p>77(51.3%) consideram que os suicídios e tentativas de suicídio fazem parte da mesma classe de comportamentos., outros 21(14.0%) consideram que “às vezes” e 26(17.3%) acha que os suicídios e tentativas de suicídio não estão na mesma classe de comportamentos.</p>
	<p>b) Esteritipização(est): há uma tendência, mesmo que não muito significativa em termos de números, de definir as pessoas com doença mental num determinado padrão comportamental e habilidade mental, considerando-as capazes de prejudicar os outros 71 (47.4%), possuidores de comportamentos estranhos 79(52.6%) e imprevisíveis 76 (50.7%), com baixo QI 40(26.7%) ou até perigosas, 82(54%)</p>	

Hipóteses	Instrumento 1	Instrumento 2
	<p>Pessimismo(p) A visão negativista em relação as pessoas com doença mental, julgando-as incapazes de melhorar é reflectida em 23(15.3%), consideram que “as pessoas com doença mental não conseguem manter um emprego”, 11(7.3%) que considera que as instituições e comunidades não devam conceder emprego aos sujeitos com doença mental, 2(1.3%) que discorda da possibilidade dos sujeitos com doença mental poderem desempenhar a sua função após tratamento e 4(2.7%) não considera que a melhor forma de ajuda às pessoas com doença mental passe pela integração na comunidade.</p> <p>Já, o maior número de sujeitos concorda totalmente 28(18.7%) e parcialmente 94(62.7%) que “as pessoas com doença mental conseguem manter um emprego”, que as instituições e a comunidade, incluindo o Governo deverão conceder postos de trabalho às pessoas com doença mental 79(52.7%) e que depois de a pessoa ter sido tratada da sua doença mental, poderá regressar ao seu local de trabalho e desempenhar a sua função 102(68%).</p>	
	<p>f) Estigmatização (Estig) Uma parte significativa da amostra concorda totalmente 53(35.3%) e parcialmente 86(57.3%) que se alguém tiver uma doença mental uma vez, facilmente voltará a ter. Portanto, cerca de 139(92.6) acredita que havendo um episódio de doença mental, esta tende a ser contínua, realçando algum pessimismo em relação à evolução da mesma. Tratando-se de clínicos gerais, este facto pode interferir com o tratamento. Apenas 9(6.0%) não têm a mesma opinião e 2(1.3%) não responde à questão.</p> <p>Cerca 42(28.0%) tem uma perspectiva pessimista quanto a possibilidade de recuperação total dos sujeitos com perturbação mental, concordando na íntegra 9(6.0%) ou parcialmente 33(22.0%) que “as pessoas que possuem doença mental não podem recuperar totalmente”. A maior parte dos sujeitos que constituem a amostra 103(68.7%) mostra concordância com o facto dos sujeitos com doença mental puderem recuperar na íntegra.</p>	

11.13 GRELHA HIPÓTESES 4 S, EST, R, P, R, P, ESTIG, vs CONT E CONH

Hipóteses	Instrumento 1	Instrumento 2
4.Os médicos de clínica geral que estabelecem maior contacto com os serviços de saúde mental e beneficiaram de formação em saúde mental revelam atitudes mais favoráveis e menos estigma em relação à doença mental, suicídio e tentativas de suicídio;	<p>a)Separação(s),</p> <p>7% de sujeitos que concordam total ou parcialmente com facto de puderem sair do bairro, caso seja instalado um serviço de Saúde Mental. 24(16%)/124(82.7%) da amostra evidencia receio em relação ao doente mental, mesmo que este tenha sido tratado, 37(24.7) considerarem que pacientes com doença mental e outros pacientes não devem ser tratados no mesmo hospital. Este aspecto pode estar igualmente associado ao estigma em relação à doença mental.</p> <p>Entretanto, parte significativa da amostra 135(90%) não concorde com a afirmação da necessidade de sair do bairro em virtude da instalação de um serviço de saúde mental, não demonstram receio em relação aos sujeitos com doença mental - 124(82.7), ou não concorda com a separação de doentes mentais e outros em hospitais diferentes - 109(72%). Igualmente, uma boa parte da amostra 134(89.3%), julga que se deva criar amizade com as pessoas com doença mental.</p>	<p>a)Contacto, 77(51.3%) têm contacto com profissionais da área da saúde mental. 41(27.3%) “às vezes” e apenas 6(4.0%) afirma não ter nenhum tipo de contacto com os profissionais da área da saúde mental.</p> <p>25(16.7%) salientam que as famílias de sujeitos com perturbação mental costumam contactá-los para pedirem ajuda. 48(32%) têm sido “às vezes” e uma grande percentagem 52(34.7%) não tem recebido nenhum contacto de pedido de ajuda por parte das famílias dos sujeitos com doença mental.</p> <p>46(30.7%) garante assistir com frequência pessoas com perturbação mental ou problemas do comportamento. Outras 44(29.3%) assistem “às vezes” e 33(22.0%) assume que não assiste com frequência as pessoas com perturbação mental e do comportamento.</p> <p>23(15.3%) salientam que as pessoas com doença mental solicitam os seus serviços. 54(36.0%) às vezes e 47(31.3%) refere que não têm recebido nenhuma solicitação de prestação de serviços por parte dos sujeitos com doença mental.</p>
	<p>b)esteriotipização(Est),</p> <p>uma tendência, mesmo que não muito significativa em termos de números, de definir as pessoas com doença mental num determinado padrão comportamental e habilidade mental, considerando-as capazes de prejudicar os outros 71 (47.4%), possuidores de comportamentos estranhos 79(52.6%) e imprevisíveis 76 (50.7%), com baixo QI 40(26.7%) ou até perigosas, 82(54%) .</p>	<p>d)C-conhecimento</p> <p>50(33.3%) afirma “sim” já ter-se beneficiado de formação formal ou informal sobre saúde mental. 8(5.3) às vezes e 64(42.7%) nunca teve formação formal ou informal em saúde mental. 3(2.0%) não respondeu às perguntas. 111(74.0%) consideram que um único suicídio pode afectar pelo menos outras pessoas. Revelando, igualmente conhecimentos sobre o impacto psicossocial do suicídio. 10(6.7%)</p>

Hipóteses	Instrumento 1	Instrumento 2
		<p>considera que “às vezes” e 3(2.0%) “não” concorda que um único suicídio possa afectar outras pessoas.</p> <p>Uma boa parte 86(57.3%) afasta “não” a ideia de que “<i>grupos profissionais como médicos, dentistas e psicólogos são mais susceptíveis a cometer o suicídio</i>”, evidenciando um claro desconhecimento da teoria e estudos sobre o mesmo, ou uma atitude onipotente de protecção da classe (que também têm a ver com o estigma em relação à doença mental e suicídio que é vista como algo inerente aos outros). Apenas uma minoria 13(8.7%) considera que “sim”, estes grupos podem ter maior propensão para o suicídio. Apenas 1(0.7%) sujeitos não responderam a questão.</p> <p>77(51.3%) consideram que os suicídios e tentativas de suicídio fazem parte da mesma classe de comportamentos., outros 21(14.0%) consideram que “às vezes” e 26(17.3%) acha que os suicídios e tentativas de suicídio não estão na mesma classe de comportamentos.</p>
	<p>c)Restrição(r),</p> <p>percentagem considerável concorda totalmente 6 (4.0%) e parcialmente 21(14.0%) que quando um conjugue têm doença mental, a lei deverá autorizar o outro conjugue a pedir o divórcio. Embora 98(65%) do total da amostra não se mostre favorável ao facto de sujeitos com perturbação mental não puderem contrair matrimónio. Uma parte significativa concorda totalmente 8(5.3%) e parcialmente 39(26.0%), considerando “<i>não ser apropriado que as pessoas com doença mental se casem</i>”. Portanto, no total são cerca de 47 (31.3%) de sujeitos que são favoráveis a ideia de que os sujeitos com perturbação mental não devem contrair matrimónio.</p> <p>9(6.0%) e 37(24.7%) concordam totalmente e parcialmente, respectivamente que “as</p>	

Hipóteses	Instrumento 1	Instrumento 2
	<p><i>peças que possuem doença mental não devem ter filhos</i>". O total de sujeitos que respondem favoravelmente de forma total ou parcial é de 46(30.7%) – o que constitui um número significativo de sujeitos da amostra que consideram que os sujeitos com perturbação mental não devem ter filhos. Entretanto, o grosso da amostra 99 (66.0%) não é favorável ao facto destes doentes não terem filhos.</p>	
	<p>Paternalismo (p),</p> <p>verifica-se uma tendência acentuada para a protecção e demonstração de amabilidade com os sujeitos com perturbação mental, traduzidos no: concordar 133 (88.7%) que não se deve rir de sujeitos com doença mental, considerar que <i>"cuidado e o suporte da família e amigos poderão ajudar as pessoas a recuperar da sua doença mental"</i>. 123(82%).</p> <p>No entanto, há uma pequena minoria 8(1.3%) "acredita que se possa rir de pessoas com doença mental, mesmo quando têm comportamentos estranhos" e outros 18(12.0%) que discordam do facto de o suporte familiar ser uma fonte de ajuda para os sujeitos com doença mental.</p>	
	<p>d)Pessimismo (p),</p> <p>A visão negativista em relação as pessoas com doença mental, julgando-as incapazes de melhorar é reflectida em 23(15.3%), consideram que <i>"as pessoas com doença mental não conseguem manter um emprego"</i>, 11(7.3%) que considera que as instituições e comunidades não devam conceder emprego aos sujeitos com doença mental, 2(1.3%) que discorda da possibilidade dos sujeitos com doença mental poderem desempenhar a sua função após tratamento e 4(2.7%) não considera que a melhor forma de ajuda às pessoas com doença mental passe pela integração na comunidade.</p> <p>Já, o maior número de sujeitos concorda totalmente 28(18.7%) e parcialmente 94(62.7%) que <i>"as pessoas com doença</i></p>	

Hipóteses	Instrumento 1	Instrumento 2
	<p><i>mental conseguem manter um emprego”, que as instituições e a comunidade, incluindo o Governo deverão conceder postos de trabalho às pessoas com doença mental 79(52.7%) e que depois de a pessoa ter sido tratada da sua doença mental, poderá regressar ao seu local de trabalho e desempenhar a sua função 102(68%).</i></p>	
	<p>Estigmatização (Estig)</p> <p>Uma parte significativa da amostra concorda totalmente 53(35.3%) e parcialmente 86(57.3%) que se alguém tiver uma doença mental uma vez, facilmente voltará a ter. Portanto, cerca de 139(92.6) acredita que havendo um episódio de doença mental, esta tende a ser contínua, realçando algum pessimismo em relação à evolução da mesma. Tratando-se de clínicos gerais, este facto pode interferir com o tratamento. Apenas 9(6.0%) não têm a mesma opinião e 2(1.3%) não responde à questão.</p> <p>Cercas 42(28.0%) têm uma perspectiva pessimista quanto a possibilidade de recuperação total dos sujeitos com perturbação mental, concordando na íntegra 9(6.0%) ou parcialmente 33(22.0%) que “as pessoas que possuem doença mental não podem recuperar totalmente”. A maior parte dos sujeitos que constituem a amostra 103(68.7%) mostra concordância com o facto dos sujeitos com doença mental poderem recuperar na íntegra.</p>	